

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**FILOZOFICKÁ FAKULTA**  
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Zuzana Turaiová

**SPOLUPRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI S  
ORGÁNY STÁTNÍ SPRÁVY PŘI ŘEŠENÍ NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE**

COOPERATION OF A HOSPITAL SOCIAL WORKER WITH STATE  
ADMINISTRATION WHEN DEALING WITH AN ALTERNATIVE FAMILY CARE

Praha 2021

Vedoucí diplomové práce:  
doc. PhDr. Oldřich Matoušek

## **Poděkování**

Poděkování patří vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Oldřichu Matouškovi, za odborné vedení a vstřícnost na konzultacích. Děkuji také všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu. Dále děkuji mé rodině za podporu a trpělivost, kterou mi projevovali po celá má studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Spolupráce sociálního pracovníka v nemocnici s orgány státní správy při řešení náhradní rodinné péče“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20.5. 2021

Bc. Zuzana Turaiová

## **Anotace**

Tato diplomová práce pojednává o spolupráci sociálního pracovníka v nemocnici s orgány státní správy, odpovědnými za zajištění náhradní rodinné péče. Teoretická část se zaměřuje na proces osvojení a svěření dítěte do pěstounské péče z pohledu součinnosti státních úřadů se zdravotnickým zařízením. Součástí praktické části je výzkum zabývající se komunikací mezi sociálně-zdravotními pracovníky a sociálními pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí.

## **Klíčová slova**

Adopce, komunikace, pěstounství, sociální práce, sociální pracovník, spolupráce, státní správa

## **Annotation**

This diploma thesis deals with the cooperation of a social worker in a hospital with state administration bodies responsible for providing alternative family care. The theoretical part focuses on the process of adopting and entrusting a child to a foster care from the perspective of cooperation between state authorities and medical facilities. Part of the practical part is research dealing with communication between a hospital social worker and social workers of the Department of Social and Legal Protection of Children.

## **Keywords**

Adoption, communication, cooperation, foster care, social work, social worker, state administration

# Obsah

<b>Obsah .....</b>	<b>6</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Sociální práce .....</b>	<b>10</b>
1.1. Sociální práce a zdravotnictví .....	10
1.2. Sociální práce v nemocnici .....	11
1.3. Historie .....	12
1.4. Sociální šetření .....	13
1.5. Orgány státní správy .....	15
1.6. Kvalita služeb .....	17
<b>2. Náhradní rodinná péče .....</b>	<b>18</b>
2.1. Rodina .....	19
2.2. Osvojení .....	20
2.3. Pěstounská péče .....	21
2.4. Svěření dítěte do péče jiné osoby .....	22
2.5. Proces pěstounské péče a osvojení .....	22
2.6. Typologie klientek .....	24
2.6.1. Ženy závislé na drogách a alkoholu .....	24
2.6.2. Klientky poskytující sexuální služby .....	26
2.6.3. Nezletilé těhotné dívky .....	26
2.6.4. Utajené porody .....	27
2.6.5. Rodičky patřící k menšině .....	27
2.6.6. Rodičky s postiženým novorozencem .....	28
2.6.7. Rodičky se zdravotními a psychickými problémy .....	29
2.6.8. Rodiny s nedostatečným materiálním zajištěním .....	30
<b>3. Dosavadní výzkumy .....</b>	<b>31</b>
<b>4. Cíl práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>33</b>
4.1. Cíle výzkumu .....	33
4.2. Hlavní otázka výzkumu .....	33
4.3. Vedlejší výzkumné otázky .....	33
4.4. Předpoklady práce .....	34
<b>5. Metodika .....</b>	<b>35</b>
5.1. Metodika výzkumu a výběru výzkumného souboru .....	35
5.2. Metodika získávání dat .....	35
5.3. Metodika zpracovávání dat .....	36
5.4. Analýza dat .....	37
5.5. Harmonogram výzkumu .....	37

<b>6. Výsledky výzkumu.....</b>	<b>39</b>
6.1. Respondenti a nemocnice.....	39
6.2. Spolupráce s orgány státní správy.....	40
6.3. Hodnocení spolupráce.....	43
6.4. Podmínky a zázemí .....	48
6.5. Administrativa.....	52
6.6. Proces spolupráce.....	54
6.7. Matky a rodičky .....	59
6.8. Demografie.....	65
6.9. Poznámky a zpětná vazba .....	68
6.10. Neúčastníci.....	68
6.11. Historie.....	69
<b>7. Diskuze.....</b>	<b>71</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>76</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>78</b>
1. Tištěné zdroje.....	78
2. Internetové zdroje .....	80
3. Legislativní dokumenty .....	80
<b>Seznam zkratek.....</b>	<b>82</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>83</b>
<b>Obsah přílohy.....</b>	<b>84</b>

# Úvod

Tato diplomová práce se bude věnovat spolupráci sociálního pracovníka v nemocnici s úřady a orgány státní správy, během procesu zajišťování náhradní rodinné péče.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že jsem v současnosti sama na pozici sociálního pracovníka v nemocnici. Práce mi přijde velmi přínosná a ráda bych se této činnosti věnovala i v budoucnu. Vzhledem k této skutečnosti bude práce obsahovat mé vlastní postřehy z pozorování. Tématu sociální práce ve zdravotnictví se věnuje již řada studentských prací, ovšem tomuto tématu komunikace mezi sociálním pracovníkem v nemocnici a sociálními pracovníky ve státní správě se nevěnuje práce žádná.

Sociální práce ve zdravotnictví, konkrétně v nemocnici, je specifická především svým prostředím. Sociální pracovník pracuje nejen s klientem samotným, ale i s jeho rodinou. Jde o spolupráci s dalšími profesionály, převážně lékaři a sociálními pracovníky ve státní i soukromé sféře. V této ohromné soustavě profesně figurují také psychologové, obvodní lékaři, policisté a další profesionálové. I když se v nemocnicích při komunikaci s multidisciplinárním týmem využívá především pojmu pacient, pro účely této práce budu využívat pojmu klient. Je to právě klient a jeho rodina, která využívá služeb sociální péče a komu jsou tyto služby poskytovány.

V mé diplomové práci se budu zabývat především klientkami a novorozenci, kteří jsou hospitalizováni na gynekologicko-porodnickém oddělení. U starších dětí se spolupráce s orgány může v některých ohledech lišit, proto svou práci zúžím a svou pozornost budu věnovat novorozencům. Zejména zde spadají novorozenci, o které biologičtí rodiče nejeví zájem, případně nejsou schopni dítěti zajistit dostatečnou péči. Novorozenci nedisponují schopností vyjádřit se ke svému stavu a formulovat svá přání a obavy. O to důležitější je brát v potaz jejich blaho. Matky a rodičky mohou být různé: závislé na návykových látkách, rodičky, které nevyhledaly prenatální péči, matky s poporodní depresí, rodičky jevící známky psychického onemocnění, nezletilé rodičky apod. Ve všech případech je nutné provést sociální šetření a v nutných případech předat informace rozhodujícím orgánům, které zajistí náhradní rodinnou péči.

Teoretická část bude věnována vymezení základních pojmů, historii sociální práce v nemocnici, státní správě a spolupráci mezi subjekty zajišťující náhradní rodinnou péči.

Sociálně-právní ochrana dětí (SPOD) je činnost státu, která musí dítěti zabezpečit vhodné podmínky správný fyzický i psychický vývoj dítěte. V případě nemožnosti dítěte setrvat v rodině mu musí najít rodinu novou. Mluvíme-li o OSPODu, jde konkrétně o oddělení sociálně-právní ochrany dítěte, spadající pod obecní úřad s rozšířenou působností (funkce státu je přenesena na tento úřad), tedy jde o státní orgán.

Ve své práci popíši i činnost OSPODu, protože tito pracovníci na sobě nesou zodpovědnost za prošetření situace a návrh soudu, které obsahuje doporučení, zdali navrhují dítě odebrat či ponechat v rodině. Sociální pracovníci v nemocnici jsou v tomto ohledu spíše oznamovatelé, kteří předávají informace ze svého šetření a žádají o převzetí OSPODu do sociální péče.

V praktické části bude proveden kvantitativní výzkum, ve kterém budou zjišťovány odpovědi na dotazník sociálními pracovníky v nemocnicích napříč ČR. Dále bude provedeno pozorování sociálního pracovníka při řešení náhradní rodinné péče přímo na sociálně-zdravotním oddělení.

Hlavní výzkumná otázka se bude snažit přinést odpověď na to, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi sociálním pracovníkem v nemocnici a orgány státní správy během procesu zajišťování náhradní rodinné péče. Vedlejší výzkumné otázky zkoumají, jaké klady a zápory respondenti vnímají v komunikaci, zdali existují překážky v komunikaci a jakým způsobem tyto překážky řeší. Také je zde otázka, zdali existuje souvislost mezi sociálním zázemím rodičky a potřebou spolupráce se státní správou.

Celá práce s výzkumnou částí bude provedena a napsána během nouzového stavu a vládou nařízených ochranných opatření z důvodu ohrožení zdraví veřejnosti kvůli výskytu koronaviru (SARS CoV-2). Tato opatření zasáhla do fungování nemocnice i státní správy a částečně změnila způsob fungování a komunikace těchto subjektů. Této problematice a změnám, které tato světová epidemie přinesla, se věnuje i část výzkumu.



# 1. Sociální práce

V úvodní kapitole diplomové práce bude vymezena základní terminologie, která se vztahuje nejenom k celému tématu diplomové práce, ale i celému oboru sociální práce. Vymezeny budou pojmy sociální práce, sociální pracovník, sociálně-zdravotní pracovník.

Matoušek (2007) definuje sociální práci jako: „*společensko-vědní disciplínu, i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti).*“

Dle Kuzníkové (2011): „*Sociální práce se snaží definovat problémy, které vznikají v interakci mezi klienty a jejich prostředím. Cílem sociální práce je zvýšit schopnost lidí vyřešit a překonat problémy, zapojit lidi do systémů, které jim poskytnou prostředky a služby a příležitosti v řešení jejich situace.*“

Kuzníková (2011) doporučuje jako vhodné intervence sociální práce v nemocnici práci s jednotlivcem a práci s rodinou. Důležité je seznámení se jak s klientovým zdravotním stavem, tak sociální situací.

Z mého pohledu je důležité zamyslet se, kdo je klientem. Je to čerstvě narozené dítě, jež má právo na zajištění základních potřeb a vhodných podmínek k životu, biologický rodič či osvojitelé, kteří si velmi přejí miminko? V popředí vždy musí být dítě a zajištění jeho blahobytu. Novorozenec sice ještě nemá vhodné prostředky k zajištění svých práv, tyto prostředky ale mají sociální pracovníci k zajištění jeho sociální situace a novorozenecké oddělení, které zajišťuje jeho fyzické prospívání.

S rodinou, jako klientem, je možné podle Kuzníkové (2011) se setkat v různé podobě. Může jít o práci s celou rodinou, částmi rodiny (tedy rodič-dítě), s dospělým či s dítětem.

## 1.1. Sociální práce a zdravotnictví

Dle Kuzníkové (2011, s. 18) je „*smyslem sociální práce ve zdravotnictví zejména pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině, i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci. ... Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a*

*spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.“*

Pokud předchozí odstavec vztáhneme k tématu mé práce, bude nás především zajímat ona spolupráce a využití vlivu ke kvalitnějšímu životu. Širší okolí je zde pravděpodobně zmíněno proto, jelikož mnohdy jsou to příbuzné osoby a známí, kteří nám sociálním pracovníkům poskytují důležité informace. Někdy jsou to babičky a tety, které projevují o právě narozené dítě větší zájem, než jejich matky. Sociální pracovník v nemocnici je také důležitou spojkou mezi sociálními pracovníky na OSPODech, pěstouny a osvojiteli.

V České Republice jsou to nemocnice, které zaměstnávají zdravotně sociální pracovníky. Sociální i zdravotní péče je poskytována v rámci systému zdravotního pojištění. Je to vedení nemocnice (konkrétně náměstci pro ošetrovatelskou péči), jenž určuje počet zaměstnaných sociálně zdravotních pracovníků a rozsah poskytovaných služeb. (Kuzníková, 2011)

## **1.2. Sociální práce v nemocnici**

Mezi metody a techniky sociálního pracovníka patří především individuální práce s rodinou a klientem, pozorování, neverbální komunikace, naslouchání a rozhovor.

Během mapování sociální situace klienta je jisté, že se pracovník může setkat s odmítáním pomoci ze strany klienta, nedůvěrou a někdy i pochybováním, zdali klientovi může pomoci. Důležité je i přese všechno zkusit navázat s klientem vztah a možnosti podpory a pomoci. (Kuzníková, 2011)

Trávníčková (2009) popisuje role sociálního pracovníka ve zdravotnictví, jako: „*Např. poradce (zejména poskytování sociálně právního poradenství), koordinátora služeb či prostředníka (spolupráce s rodinou klienta, s jinými institucemi a odborníky...)*.“ Dále zmiňuje roli mediátora mezi členy multidisciplinárního týmu a odborníky „*zvenčí*“.

Kovaříková (2015, s. 38) ve své práci uvádí, že „*zdravotně sociální pracovník zastává na oddělení nejčastěji roli zprostředkovatele nebo prostředníka mezi matkou, sociálně-právní ochranou dětí a gynekologicko-porodnickým oddělením.*“

Zdravotně-sociální pracovník musí mít především dokončené vzdělání dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách k výkonu sociální práce. Zároveň je nutno zmínit i zákon č. 96/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, který určuje další vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků, tedy absolvování zdravotnického kurzu.

Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka vymezuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dle § 9 může

zdravotně-sociální pracovník: „(b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta, (c) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, (g) vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb.“

Multidisciplinární spolupráce spočívá v mezioborové spolupráci, kdy se na jednom případě podílí více profesí. Sociálně-zdravotní pracovník v nemocnici nejčastěji spolupracuje s lékaři, zdravotními sestrami, psychology a psychiatry.

### **1.3. Historie**

Odborná literatura se k historii sociální práce ve zdravotnictví a k sociální práci obecně vyjadřuje následovně.

Již odedávna docházelo k přijímání opuštěných dětí do nových rodin. Slovo adopce původně znamenalo „vyvoliti“, rodiče si tedy své nové děti vybírali. Dnes je tomu naštěstí jinak, náhradní rodina je vybírána pro dítě. (Středisko NRP, 2007)

První útulky pro odložené děti byly zřizovány v kláštorech. Zmínky pocházejí z roku 335 n.l. v Cařihradě a další nalezinec byl zaznamenán v Miláně v roce 787 n.l. „*Francouzský revoluční konvent prohlašuje všechny opuštěné děti za „děti vlasti“ a toto pojetí přebírá i Napoleonův Civilní zákoník z r. 1805.*“ (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, s. 31-33)

Dle Kuzníkové (2011, s. 15) to byla do 19. století právě rodina, která zajišťovala péči o nemocného člena rodiny. Během 20. století se z dobrovolné činnosti, mnohdy zajišťované církevními institucemi, stala vědní disciplína. „*V roce 1918 právě sociální pracovníci v nemocničním prostředí, kteří zformovali první profesní organizaci sociální práce u nás... a roku 1918 vznikla první škola sociální práce.*“

Šmejkalová (2010, s. 135) popisuje situaci rodinné péče v třicátých letech minulého století, kdy se odlišovaly manželské děti od těch narozených mimo manželství: „*Na žádost České zemské komise byl vydáván od roku 1930 oběžník, který ukládal lékařům a porodním asistentkám povinnost do 24 hodin oznámit příslušné okresní péči o mládež narození každého živého nemanželského dítěte, aby byla včas zahájena sociální pomoc; v praxi to znamenalo, že sociální tajemnice nebo jiná funkcionářka okresní péče o mládež navštívila matku a na*

*místě zjistila, co potřebuje.* “ Šlo nejen o materiální záležitost, tedy zdali má matka připravenou výbavičku pro dítě, poukázky na mléko a potraviny. Dále zjišťovali, zdali je matka ochotna a schopna se o dítě postarat a pokud má příbuzné, kteří by ji mohli s péčí pomáhat. Okresní péče tedy přebírala děti i mládež pod ochranný dozor a přidělovala dítěti generálního poručníka.

V dnešní době se mimo manželství narodí tolik dětí, že si prakticky nedokážu představit nahlášení každého nemanželského dítěte k sociálnímu šetření.

Co se týče utajených porodů, některá literatura hovoří o „tajných odděleních“ v nemocnicích větších měst, které sloužily pro porody hlavně bohatých a vysoce postavených žen. Příkladem mohou být tzv. „vídeňčata“, tedy děti narozené v brněnské nemocnici. Tyto děti byly následovně předávány do adopce či pěstounské péče. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995)

Stejskal (1969, s. 73) popisuje situaci pěstounů: *„Vhodné pěstouny vyhledával tzv. Místní důvěrník okresní péče o mládež na základě návodu, který vydalo Zemské ústřední péče o mládež v Čechách.“* Pěstoun, který si chtěl vzít dítě do péče, si musel vyžádat povolení od příslušné okresní péče, která prošetřila situaci budoucího pěstouna, a poté pěstoun obdržel po schválení pěstounskou knížku. Pěstouni měli nárok na výživné, ovšem mnohdy o své svěřence pečovali bez nároku na odměnu.

Během období normalizace po roce 1986 se dle Matouška (2012) sociální práci nevěnovalo mnoho pozornosti. Dle ideologie komunistické strany měly všechny sociální problémy zaniknout s ústupem třídních rozdílů. Pokud nějaké problémy nastaly, řešily se ústavní zdravotní péčí, která byla řízena centrálně.

Dle Kuzníkové (2011) po listopadovém převratu v roce 1989 a nově získané svobodě nastal převrat v nastavení sociálního zabezpečení, sociální politiky a sociálních služeb. Důležitá změna nastala i v oblasti vzdělávání sociálních pracovníků, kdy Asociace vzdělavatelů v sociální práci vypracovala v roce 1993 Minimální standard vzdělávání v sociální práci.

#### **1.4. Sociální šetření**

Matoušek a Pazlarová (2010) poukazují na základní předpoklad, a to ten, že každý má nějaké zkušenosti s rodinou, a odnáší si z ní názor na to, zdali tato rodina fungovala správně, či zdali existovaly oblasti vhodné zlepšení. Dále poukazují na důležitost rozhodnutí

profesionálů, kteří rozhodují nad osudem dítěte. Pokud je situace rodiny posouzena nevhodně, dítě může být buďto z rodiny odebráno a rodinné vazby mohou být nevratně narušeny, nebo hůře, setrvání dítěte v rodině může vést k zanedbávání až dokonce smrti. S jejich tvrzením souhlasím, jde o velmi delikátní záležitost, kterou není jednoduché posoudit.

Vyhodnocování situace dítěte a rodiny je určováno vyhláškou č. 473/2012 Sb. Hodnocení a analýza situace vychází z individuálního přístupu.

Je nutno nasbírat co nejpřesnější informace, jaké má klient potřeby, představy a jakým způsobem se hodlá vypořádat s nově nabitou rolí rodiče. K navazování kontaktu dochází v nemocnici nejčastěji na pokoji, kde může ležet více rodiček a tato skutečnost může narušit soukromí. Proto je vhodné, pokud to zdravotní situace dovoluje, vést rozhovor v místě, které bude vážnému rozhovoru odpovídat. Může jít například o volnou jídelnu, nevyužitou ošetrovnu apod. Na rozdíl od pracovníků OSPODu mnohdy není možné dopředu domluvit čas šetření. Sociální pracovník přichází v době, která nemusí být pro rodičku příjemná (během kojení, poporodních bolestí apod.).

Během sociálního šetření v rodině sociální pracovníci zjišťují tzv. „výchovné předpoklady rodičů.“ Důležitou roli ve výchově dětí hraje vztah dítěte s rodičem, duševní vyspělost rodiče, schopnost a míra péče, rozsah zázemí rodiny a i socioekonomická situace. (Matoušek, Pazlarová, 2016)

Matoušek a Pazlarová (2010) pravdivě poukazují na fakt, že sociální pracovníci mají velikou moc. Soudy ve většině případů souhlasí s návrhem na odebrání dítěte z rodiny.

Hodnocení rodiny ze strany OSPODu má spíše kontrolní charakter, pomoci se rodině dostává tehdy, pokud si ji rodina aktivně vyhledá. Zároveň je zde i velká otázka potřebného času na kvalitní zhodnocení situace. (Matoušek a Pazlarová, 2010)

V nemocnicích je často méně času na zhodnocení situace, v porovnání s hodnocením rodiny, která již dítě v péči má. Sociální pracovníci OSPODu musí bytové podmínky prošetřit co nejrychleji. První dny dítěte jsou velmi důležité pro vývoj, proto je nutné na žádost o sociální šetření reagovat co nejrychleji.

Zároveň ovšem Matoušek a Pazlarová (2010) výrazně varují před zjednodušeným hodnocením a labelingem (např. otec nezaměstnaný alkoholik, matka depresivní a závislá na návykových látkách). Je třeba věnovat příběhu matky a rodiny dostatek času, aby nedošlo k urychleným závěrům.

Dle § 51 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách jsou zdravotně sociální pracovníci (a zdravotníci obecně) povinni zachovávat mlčenlivost ohledně

informací, které získají výkonem práce. Některé informace o pacientovi nevyžadují souhlas pacienta s předáním jeho údajů. Dokonce je nutné některé informace sdělovat v rámci oznamovací povinnosti zákona č. 40/2009 Sb. Trestního zákona (§ 10, odst. 4).

Zákon č. 359/1999 dovoluje zdravotně sociálním pracovníkům sdílet informace o novorozencích a rodině v rámci ochrany dítěte. V tomto zákoně (§ 10a, odst. 1) je uvedeno, že „*Poskytovatel zdravotních služeb je povinen neprodleně oznámit obecnímu úřadu s rozšířenou působností, že matka po narození dítěte dítě opustila a zanechala je v jeho zdravotnickém zařízení.*“ Jde o obecní úřad obce s rozšířenou působností, ve kterém se zdravotnické zařízení nachází. Tento obecní úřad skutečnost nahlásí obecním úřadu s rozšířenou působností podle místa trvalého bydliště dítěte. Pokud jde o tentýž úřad (trvalé bydliště dítěte a sídlo nemocnice je na stejném území), informace se dále nepředávají a věc se začíná řešit okamžitě.

### **1.5. Orgány státní správy**

Orgánům státní správy je svěřen výkon státní správy. Také jiné subjekty mohou realizovat státní moc, pokud mají zmocnění. Dle naší ústavy je vrcholným ústředním orgánem vláda, tedy moc vykonává na celém území ČR. Dalším ústředním orgánem jsou ministerstva. Vše se řídí aktuální novelou pod zákonem 2/1969 Sb. České národní rady o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČSR. (Tomeš, 2009)

Pracovníci sociálně-právní ochranou dětí vykonávají funkci státní správy (i když spadají pod samosprávu státu). Orgány, které vykonávají sociálně-právní ochranu dětí, jsou v ČR dle zákona č. 359/1999 (§ 4, část 1) tyto: MPSV, krajské a magistrátní úřady, obecní úřady, úřady s rozšířenou působností a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, atd. (Matoušek, Pazlarová, 2016)

OSPOD má kompetence a povinnost vyhledat vhodné pěstouny, přijímají žádosti o zprostředkování pěstounské péče a osvojení, žádosti posuzují, pracují s rodinami, jejichž děti jsou v NRP, atd. OSPOD spadá od roku 2003 pod kontrolu krajského úřadu. Ve větších městech mohou být zaměstnanci OSPODu rozděleni na terénní pracovníky, pracovníky zabývající se NRP, dále pracovníky ochraňující děti se syndromem CAN a kurátoři pro mládež. (Matoušek, Pazlarová, 2016)

Pazlarová a Matoušek (2016) ve svém výzkumu z roku 2014 poskytují seznam orgánů státní správy, se kterou spolupracují orgány OSPOD. Jsou to: soudy, policie, probační a

mediační služba, státní zastupitelství, úřady práce, úřady obcí (další OSPODy) a krajské úřady.

Kubalová (2015) ve svém výzkumu uváděla, že pěstouni získávají informace od všech zúčastněných subjektů. Šlo o subjekty „*Krajský úřad, OSPOD dítěte, lékaři, doprovázející pracovníce, případně členové biologické rodiny.*“ Sociální pracovník v dané nemocnici zde není zmíněn.

Dále ve svém výzkumu (Matoušek, Pazlarová, 2016, s. 136) zmiňují nedostatky soudů, z pohledu pracovníků OSPOD i z pohledu rodin samotných. Obě strany soudům vyčítají, že doba na rozhodnutí je velmi dlouhá a pro některé děti může tato doba být nezvratná účinkem. Druhou věc, kterou obě strany vidí jako negativní, je nedostatečné spojení s realitou, ve které rodiny žijí. Soudy všechny případy prověřují „od stolu,“ na základě podkladů, na nic jiného čas nezbyvá. Novotná, Burdová, Jurková-Riedlová (2014) také zmiňují velký vliv OSPODu na rozhodnutí soudu, jelikož OSPOD by měl situaci znát lépe než soud. Z mého pohledu jde o respektování sociálních pracovníků, jako odborníků.

Pokud jde o prostředí mimo nemocnici, dle Kuzníkové (2011) sociální pracovník ve zdravotnictví „*Nejčastěji spolupracuje se sociálními pracovníky obecních úřadů (OSPOD aj.), s úřady práce, správou sociálního zabezpečení, PČR, soudy, praktickými lékaři, organizacemi poskytujícími služby sociální péče, organizacemi poskytujícími služby zdravotní péče, organizacemi poskytujícími služby sociální prevence.*“

Tuto informaci potvrzuje i Válková (at MPSV, 2019). „*Z institucí nejčastěji spolupracujeme s orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Častá spolupráce je také s Magistrátem města Brna, Odborem sociální péče, Referátem náhradní rodinné péče. Součinnost máme samozřejmě i s ostatními odděleními sociální péče jednotlivých úřadů s rozšířenou působností a Policií ČR.*“

Jsou to obecní úřady s rozšířenou působností, které podávají návrh soudu k rozhodnutí. Dle zákona č. 359/1999 (hlava II, §14, část 1) jde o rozhodnutí „*a) zda je třeba souhlasu rodiče k osvojení dítěte, b) na omezení nebo zbavení rodičovské odpovědnosti e) na svěřeni dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc f) na svěřeni dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu.*“ apod.

## **1.6. Kvalita služeb**

Dle Matouška (2013) je sociální pracovník ve své práci pod tzv. „dvojím očekáváním.“ Na jedné straně musí dodržovat nařízení a jednat s klientem dle systému nastaveného vládou a zaměstnavatelem. Zvláště v případech, kdy je pracovníkovi svěřena moc a musí do klientova života zasáhnout, aby vše probíhalo dle platného zákona a byly dodrženy práva a povinnosti. Na druhé straně je to jednání dle etického kodexu, kdy je od sociálních pracovníků očekáváno správné uchopení životního příběhu klienta, porozumění jeho názorům a postojům, a hlavně pochopení vztahů rodině.

Zákon č. 359/1999 určuje, že inspekci poskytování sociálně-právní ochrany provádí Krajská pobočka úřadu práce u pověřených osob. Vyhláška č. 473/2012 Sb. také stanovuje Standardy kvality sociálně-právní ochrany. Tento standard určuje, že případy OSPOD posuzuje dle jejich naléhavosti.

Kuzníková (2011) ve své knize hovoří o tzv. Kultuře kvality. Jde o principy řízení kvality, které jsou zavedeny do organizace. V centru zájmu kontrole kvality stojí klient a otázka uspokojování jeho potřeb. Důležitá je strukturní kvalita (odborný personál), procesní kvalita (sociální intervence) a kvalita výsledků (jak dlouhý účinek má sociální poradenství na zlepšení klientovy situace). V rámci sociální práce se stanovují standardy, tedy jisté normy, podle kterých se dá určit i kvalita sociální péče. Tyto standardy slouží k určení, zdali bylo správně postupováno. Pokud je organizace úspěšná ve splňování standardů, může ji být přidělena akreditace.

Jako největší dilema sociální práce s dětmi vidíme dilema - Vzít dítě z péče rodiny či jej v péči ponechat? Dítě je nutno odebrat v případě, kdy je dítě ohroženo zanedbáváním, týráním, zneužíváním či je přímo ohroženo na životě. V případech, kdy tato ohrožení nejsou tak viditelná je dítě svěřeno do péče rodičů a s rodinou se dále pracuje. Dilema se prohlubuje v situacích, kdy jsou například rodiče v rozvodovém řízení, či kdy je jeden rodič závislý na drogách. (Matoušek, Pazlarová, 2016)



## 2. Náhradní rodinná péče

Výchova dětí je právem a povinností rodičů. V případech, kdy biologická rodina, rodič či rodiče nejsou schopni nebo ochotni zajistit dítěti základní potřeby a péči, je nutno najít jiné prostředí, kde by dítě mohlo vyrůstat.

Hlavní právní normou je zákon č. 359/1999 sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Tento zákon jasně stanovuje povinnost pověřených osob a sociální správy v §1: „(d) *zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.*“ Ochrana dětí je také směřována Listinou základních práv a svobod a úmluvou o právech dítěte.

Formy náhradní rodinné péče upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Pokud je potřeba zajistit pro dítě náhradní péči, mohou využít těchto forem: Osvojení (neboli adopce), pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, svěřeni dítěte do péče jiné osoby, poručenství či opatrovnictví. Zvláštní formou je hostitelská péče.

Sociálně-právní ochrana dítěte je: „*Soubor činností upravených zákony směřující k zajištění práva dětí na příznivý vývoj, výchovu a ochranu zájmů.*“ (Matoušek, Pazlarová, 2016, s. 13)

Pokud se pro dítě nenajdou vhodní osvojitelé či pěstouni, případně pokud má matka o dítě zájem, ovšem nemá na to momentálně vhodné podmínky, dítě může být předáno také do dětského centra (kojenecké ústavy). Tyto centra spadají pod ministerstvo zdravotnictví a jsou pro děti do 3 let. Ústavy sociální péče (pod MPSV) jsou pro děti nad 3 roky, které mají mentální postižení případně jiné kombinované vady. Pro děti nad 3 roky existují dětské domovy a dětské domovy se školou (pro děti s poruchami chování), spravované ministerstvem školství. (Kuzníková, 2011) Dále mne napadá možnost, že v případě potřeby je možno využít i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

V případech, kdy je dítě v ohrožení a není možný návrat do vlastní rodiny, soud může vystavit tzv. Předběžné opatření. Tím oficiálně svěří dítě do péče určené osobě. Soud musí dle zákona č. 359/1999 o návrhu na předběžné opatření rozhodnout bezodkladně, do 24 hodin od podání návrhu. Navrhovatelem je OSPOD, patřící pod obecní úřad obce s rozšířenou působností, podle místa trvalého pobytu dítěte. Toto opatření má účinnost jeden měsíc. (Novotná, Burdová, Jurková-Riedlová, 2014)

Toto opatření je platné vždy jeden měsíc, je možno ho prodloužit, nesmí ovšem přesáhnout délku půl roku. (Matoušek a Pazlarová, 2016) Vágnerová (2012) ve svém díle

uvádí, že po porodu dítěte jsou matky ovlivněny hormony a mohou být precitlivělé. Každá žena se na roli matky adaptuje jiným způsobem. Půl roku by mělo být dle mého názoru dostatečně dlouhé období na to, aby žena nebyla při svém rozhodnutí ovlivněna poporodními hormony a aby si biologická rodina zajistila poměry tak, aby dítě mohla převzít do péče. Půl roku je také dostatečná doba na to, aby byl zjevný nezájem o dítě.

Matoušek a Pazlarová (2010) popisují stres dítěte ze ztráty pečujícího, přesněji primární pečující osoby, jenž bývá rodič či náhradní rodič. Čím dříve se tedy novorozenec dostane do stálého domácího prostředí, tím lepší se u něj vytvoří vazba k primární pečující osobě. Absence primárního pečujícího a nevytvoření primární citové vazby může vést k poruchám osobnosti a neschopnosti navazovat a udržovat vztahy.

V dalším díle autoři Matoušek a Pazlarová (2016) uvádějí výzkum z roku 2014. Pracovnice OSPODu zde mluví o velkém faktoru, věku dítěte. Čím je dítě mladší a setrvává v nepříznivých podmínkách, tím je větší šance, že si dítě ponese důsledky. Rozhodnutí o odebrání dítěte není rozhodnutím jednotlivce, případ je většinou rozebírán celým oddělením a na rozhodnutí se účastní celý odbor.

To je také důvod, proč se více odebírají novorozenci přímo z nemocnice. Pokud porodí drogově závislá matka bez úmyslu o dítě se postarat, je větší šance, že se dítě dostane do vhodnější rodiny a trauma nebude tak veliké, jako kdyby vyrůstal v biologické rodině.

Co se týče novorozeňat cizinců, tyto děti jsou pod ochranou zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, zákona č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců a Úmluvou o právech dítěte čl. 2., stanovující ochranu všech narozených dětí na daném území. (Novotná, Burdová, Jurková-Riedlová, 2014)

Krajský úřad vede evidenci dětí vhodných pro NRP a žadatelů. Tedy krajský úřad zprostředkovává osvojení a pěstounskou péči. Někdy je nutná spolupráce krajských úřadů při hledání vhodné rodiny. (Zákon č. 359/1999)

## **2.1. Rodina**

Tradiční pojem rodina se mění s vývojem společnosti, v současné české společnosti není tento pojem úplně definovaný, doposud využívané definice o soužití dvou sezdáných osob s potomky je nedostačující.

Pro potřeby této diplomové práce se budu opírat o definici rodiny z Velkého sociologického slovníku (1996): „*Rodina je solidární skupina osob, navzájem spjatých*

*manželstvím, příbuzenstvím, nebo adopcí, které spolu dlouhodobě žijí a jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí.“ Z pohledu řešení náhradní rodinné péče je během sociálního šetření kladen důraz na to, zdali jsou rodiče schopni zajistit dítěti nasycení základních potřeb a vhodné podmínky pro vývoj.*

Matoušek, Pazlarová (2010, s. 13) také k pojmu rodiny uvádějí: *„Dospělí partneři mohou být opačného i stejného pohlaví. Jádrem tohoto soužití, pokud spolu dospělí žijí, je citová vazba... Existují rodinná soužití, kde žije jeden dospělý s dítětem nebo s dětmi. Zde je poutem jen rodičovství.“* Dále uvádějí, že biologické rodičovství je v podstatě nezrušitelné. Rodičovská práva mohou být omezena v případech umístění dítěte do ústavní péče. Jako možnost uvádějí i předání těchto práv a povinností jiné osobě při souhlasu s osvojením dítěte.

Některé rodiny jsou schopny přijmout dítě do péče s menší podporou a dopomocí, jiné již nejsou schopny zajistit bezpečný domov a podnětné prostředí. Sociální šetření probíhají s rodinami na celé škále tohoto spektra. (Matoušek, Pazlarová, 2010)

## **2.2. Osvojení**

Osvojení je formou NRP. Nový občanský zákoník považuje osvojení jako rovnocenný rodičovský vztah. Stěžejní jsou především tyto paragrafy: „ (§794) *Osvojením se rozumí přijetí cizí osoby za vlastní ...* (§795) *Předpokladem osvojení je takový vztah mezi osvojitelem a osvojencem, jaký je mezi rodičem a dítětem, nebo že tu jsou alespoň základy takového vztahu. Osvojení nezletilého musí být v souladu s jeho zájmy ...* (§796) *O osvojení zletilého rozhodne soud na návrh osoby, která chce zletilého osvojit ...* (§796) *Na základě rozhodnutí soudu o osvojení se osvojitel, popřípadě osvojitelé, zapisí do matriky jako rodič, popřípadě rodiče dítěte ...* (§813) *Matka osvojovaného dítěte může dát souhlas k osvojení nejdříve šest týdnů po narození dítěte ...* (§817) *Souhlas k osvojení lze odvolat po dobu tří měsíců ode dne, kdy byl dán ...* (§819) *K osvojení dále není třeba souhlasu rodiče, který zjevně nemá o dítě zájem. Rodič zjevně nemá o dítě zájem, neprojevuje-li soustavně o dítě opravdový zájem, a tím trvale zaviněně porušuje své povinnosti rodiče ...* (§839) *Bez zřetele k tomu, zda je dohled nad úspěšností osvojení uložen, poskytne zpravidla orgán sociálně-právní ochrany dětí osvojitelům poradenství a služby spojené s péčí o osvojence.“*

Pokud se matka rozhodne, že novorozence nepřijme do péče, musí svůj úmysl stvrdit před soudem. Dle zákona č. 89\2012 (hlava II, díl 2, pododdíl 2, §813) „1) *matka osvojeného dítěte může dát souhlas k osvojení nejdříve šest týdnů po narození dítěte. Otec osvojovaného*

*dítěte může dát souhlas k osvojení i před uplynutím této doby, nejdříve však po narození dítěte.“ 6 týdnů trvá poporodní období, kdy je matka nejvíce ovlivňována hormony a své rozhodnutí může vzít zpět. Dále dle §817 „souhlas k osvojení lze odvolat po dobu tří měsíců ode dne, kdy byl dán.“ Podle zákona není potřeba souhlasu rodiče k osvojení, pokud se biologický rodič zdržuje na neznámém místě či o dítě nemá zjevný zájem. Dítě během prvních tří měsíců nelze osvojit, pokud otec podal návrh k soudu o určení otcovství.*

Mezinárodní osvojení upravuje Úmluva o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení (podepsaná v Haagu v roce 1993), v ČR vydána pod Sdělením č. 43/2000 Sbírky mezinárodních smluv. Funkci zprostředkovatele u nás plní Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně (Konečná, 2017).

Osvojení je také cestou při asistované reprodukci, kdy si pár zvolí náhradní matku. Matkou je podle nového občanského zákoníku 957 (zákon č. 89/2012 Sb.) osoba, která dítě porodila. Proto je nutné OSPOD informovat i v těchto případech.

### **2.3. Pěstounská péče**

Náhradní rodinnou péči poskytují pěstouni a pěstouni na přechodnou dobu. Pěstounství je v ČR státem řízené a pěstoun má právo na finanční odměnu. PPNPD by neměla trvat déle než 1 rok a spíše se využívá v případech, kdy je velká šance, že se situace v rodině brzy změní. Změnou může být upravení a obnova funkčnosti původní rodiny, zbavení rodičovské zodpovědnosti soudem či nalezení vhodných osvojitelů pokud je dítě právně volné. Biologičtí rodiče mají stále svá práva a stále mají vyživovací povinnost. (Matoušek, Pazlarová, 2016).

V případech, kdy je dítě odebráno z biologické rodiny a do péče jej přejímají pěstouni, sociální pracovník zde působí jako mediátor mezi pěstouny, rodiči a oddělením (pozn. autorky). Je velmi nápomocný během procesu svěřování dítěte do náhradní rodiny. (Matoušek, Pazlarová, 2010).

Matoušek a Pazlarová (2010) popisují u pěstounské péče jistou ztrátu soukromí. Děti sice jsou svěřeny do péče pěstounů, konečnou odpovědnost za výchovu má ovšem stát. Jde tedy o (z určité části) nucenou spolupráci s úřady. Podle autorů je zvláště ČR pěstounská péče velmi podobná adopci – děti zde zůstávají dlouhou dobu a kontakt s biologickou rodinou je nepatrný.

## **2.4. Svěření dítěte do péče jiné osoby**

Pokud nejsou rodiče schopni či ochotni se o dítě postarat, v širší rodině je někdy možné nalézt příbuzného, který péči o dítě převezme. Tato forma náhradní péče má své výhody i nevýhody. Známé prostředí může mít pro dítě blahodárné účinky, nicméně rodina může vyvíjet tlaky, které nejsou nejvhodnější pro správný vývoj dítěte.

Tato výchova je upravena v novém občanském zákoníku § 953–957 (zákon č. 89\2012 Sb.) i v zákonu č. 359\1999. Péče blízké příbuzné osoby je zákonem upřednostňována před osvojením dítěte či před ústavní péčí. Povinnosti a práva pečujícího určí soud.

Situace bývá prověřována OSPODem i v případech, kdy se rodič rozhodne předat své dítě do trvalé péče jiné osobě. OSPOD musí prověřit, zdali má osoba vhodné předpoklady k péči o dítě, zdali tomu nebrání zdravotní stav, věk, či sociální situace osoby. (Novotná, Burdová, Jurková-Riedlová, 2014)

## **2.5. Proces pěstounské péče a osvojení**

V případech, kdy dítě není svěřeno do péče rodinných příslušníků, případně v rámci příbuzenské pěstounské péče, je dítěti vyhledána vhodná rodina či osoba v rámci procesu zprostředkování. Prvním krokem je podání žádosti na obecní úřad s rozšířenou působností, která shromáždí podklady (např. doklad o státním občanství, zpráva o zdravotním stavu, zpráva o sociálních a ekonomických poměrech, kopie z rejstříku trestů, zpráva ze sociálního šetření apod.). Tento spis poté posoudí krajský úřad, který dále zajišťuje posouzení žádosti posudkovým lékařem a psychologické vyšetření žadatelů. Na základě posouzení je rozhodnuto o zařazení či nezařazení žadatelů do evidence. (Konečná, 2017)

Tato část procesu se odehrává dávno předtím, než se do procesu zapojí sociálně-zdravotní pracovník. Ten většinou nastupuje do procesu v době, kdy se v nemocnici narodí dítě bez sociálního zázemí a je vhodné k adopci či pěstounské péči. Po nahlášení sociálního pracovníka v nemocnici OSPODu o novorozenci vhodného k adopci nastává další část procesu, tedy výběr nejvhodnějších osvojitelů či pěstounů.

Vytipovaná rodina je seznámena krajským úřadem o dokumentaci dítěte a je ji umožněn osobní kontakt. Následně soud vydá předběžné opatření, kterým ustanoví svěření dítěte do péče osvojitelů či pěstounů. (Konečná, 2017)

Schmidová (at Preslová, Maxová, 2009, s. 85) popisuje následující proces oznamování: „*O narození dítěte závislé matky informuje nemocnice (sociální pracovnice dané*

nemocnice, pozn. autorky) *sociální pracovníci příslušného oddělení sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Ta s matkou projedná situaci, navštíví ji v domácím prostředí, případně kontaktuje příslušníky širší rodiny.*“ Schmidová klade veliký důraz na neustálý kontakt sociálně-zdravotní pracovníce a pracovníce OSPODu během hospitalizace dítěte a matky. Důležité je hlavně ověřování, upřesňování a předávání informací. Sociální pracovníce OSPODu posléze rozhodují o tom, zdali bude dítě svěřeno do péče matky, příbuzných či náhradní rodinné péče. Personál oddělení by měl sledovat, jak matka o dítě pečuje a o všem důležitém informovat sociální pracovníce nemocnice. Zároveň sledují, jak často matka za dítětem dochází – v případech, kdy má matka o dítě zájem, bývá propuštěna po 4 dnech po porodu a pokud jsou u dítěte komplikace např. abstinenční syndrom, dítě zůstává na oddělení. Pokud se ukáže, že matka není schopna zajistit vhodné podmínky, dítě je na základě předběžného opatření soudu svěřeno do NRP.

Dle Vágnerové (2012) novorozenec v prvním měsíci má rozvinutý sluch, dokáže rozlišit doteky, teplotu a změnu polohy. Zrakové vnímání se začíná teprve rozvíjet. Svou matku pozná podle čichu po dvou dnech a po třech dnech již reagují na její hlas. V tomto období je velmi důležitý kontakt skrze kůži.

Dítě pozná svou matku brzy po narození a vytváří si k ní vztah, proto je velmi důležité, aby byl hlavní pečující (matka, pěstoun, adoptivní rodič) nablízku co nejdříve po narození.

Rodiče určují část totožnosti dítěti tím, že mu dávají jméno. Příjmení určuje jistou historii a příslušnost k rodině. (Matoušek, 1993) Zákon č. 89\1999 určuje, že pokud je znám alespoň jeden z rodičů, dítě dostane jeho příjmení. Pokud biologický rodič neurčí křestní jméno dítěte, jméno dítěti určí soud. Z praxe tedy vyplývá, že pokud se rodička rozhodne dát své dítě k adopci, důležitá je podpora rodičky v určení jména pro dítě. Nejenže to urychlí proces, dítěti nemusí určovat jméno soud. Osvojitelé v procesu mohou jméno dítěte změnit, nicméně vlastní jméno je důležité pro totožnost dítěte. Každý má právo na vlastní jméno a na státní příslušnost.

Kuzníková (2011, s. 146) ve své knize popisuje, jak prakticky dochází ke změně jména dítěte: „*Výmaz jména v matrice v praxi znamená pouhé přeškrtnutí jména biologického rodiče a adoptivní rodič je zapsán vedle. Každý jedinec má v 18 letech právo nahlédnout do matriky.*“ Takto je možno zjistit, že byl daný člověk adoptován. Pro jedince se zde otvírá možnost vyhledat své biologické rodiče, protože jména zde zůstávají zapsána.

## **2.6. Typologie klientek**

V následující podkapitole popíši možné druhy matek a rodiček. Každá rodička i těhotenství je rozdílné, proto i informace zde jsou obecné, nemusí se vztahovat ke všem matkám. Zároveň se některé skupiny mohou prolínat, např. matka závislá na drogách poskytující sexuální služby. Tato rozdělení jsou spíše praktická než vědecká, velmi dobře nám ovšem ukážou, jak rozdílná je sociální práce na novorozeneckém oddělení.

Každá z těchto skupin rodiček generuje určité rizikové faktory, které mají určitý vliv na doporučení či nedoporučení k odebrání dítěte. Pokud je v jedné rodině kumulováno více rizikových faktorů, svěření dítěte do NRP je pravděpodobnější.

Zvláště u některých rodiček je důležitá rychlost zajištění sociálního šetření. Matky, které jsou rozhodnuté dát dítě do adopce již před porodem, mnohdy opouští nemocnici, aniž by dítě pojmenovali či o sobě cokoliv sdělili. Pravdivost informací nemusí být vždy zjevná, dle mého názoru je lepší mít alespoň nějaké informace, než žádné. I do budoucna je pro dítě lepší znát i sebemenší kus své rodinné historie.

Tato skutečnost ohledně pravdivosti informací a útěků z nemocnice není záležitostí pouze v České Republice, ale i v zahraničí. Beder (2006) ve své knize popisuje rodičku v 36 týdnu těhotenství, která po dítěti netoužila a novorozence, kterého zrovna porodila, měla v úmyslu dát k adopci. Sociální pracovnice tedy započala proces zajišťování náhradní rodiny, nicméně rodička z nemocnice utekla a tím proces zkomplikovala. U příjmu sdělila nepravdivé jméno a nebylo ji tedy možno dohledat. Dítě bylo svěřeno do péče agentury, která zajistila náhradní rodinu.

Život novorozence může negativně ovlivnit nejen matka, ale i další příbuzný (otec, teta, apod.), kteří mají problémy popsané v této kapitole. Během sociálního šetření v nemocnici bývá většinou přítomná jenom matka, a ne u všech bývá šetření vyžádáno. Proto se zde budu zaměřovat pouze na matky, které za dítě přebírají zodpovědnost při propuštění z nemocnice.

Pozor je třeba dávat si i na rodiny, kde je jeden či více agresorů, kde probíhá domácí násilí, či kde již v minulosti probíhalo šetření ohledně zneužívání, zanedbávání či týrání dítěte. Také existují rodiny, kde se špatné vzorce přenáší z generace na generaci, např. nezaměstnanost

### **2.6.1. Ženy závislé na drogách a alkoholu**

Schmidová (Preslová, Maxová, 2009) může u těchto žen docházet k rizikovému

chování. Některé nedocházejí na pravidelné kontroly v těhotenství, nedodržují základní hygienu, zdravou životosprávu a neabstínují. Od této matky je během šetření potřeba zjistit co nejpravdivější informace, zdali v průběhu těhotenství drogy užívala, kdo je otcem (v jakém rozsahu je obeznámen se situací) a jestli je vdaná. Autorka dále uvádí: „ (s. 85) *Od matky musíme zjistit, kde a v jakém prostředí bydlí, jestli má pro dítě připravenou základní výbavičku, jestli má dostatečný finanční příjem, jaké je rodinné zázemí, proč nedocházela do prenatalní poradny a jestli je ochotná se léčit.*“

Nadužívání drog může vést k degradaci osobnosti, jež se projevuje v oblastech prožívání a celkového chování. Droga může být i spouštěčem k rozvoji duševní nemoci. (Černíková, 2002)

Při šetření je pro pracovnice OSPODu důležité, jestli se matka připravovala na příchod dítěte během těhotenství a jakou má síť podpory. Pokud dítě bude svěřeno závislé matce, vždy to bude pod dohledem OSPODu či rodinného příbuzného. Je zde určitá naděje, že dítě matce pomůže udržet svou závislost pod kontrolou a motivovat ji k střízlivosti. (Matoušek a Pazlarová, 2016)

Dle Preslové (2009) se závislým ženám na drogách a jejich dětem dostává pozornosti mnohem dříve, než ženám závislým na alkoholu. U žen závislých na alkoholu může být těžší tento problém určit a odhalit. Také píše, že dle výzkumů u žen vznikají závislosti na drogách mnohem rychleji, závislé se stávají po nižších dávkách než muži.

S předchozím odstavcem souhlasím, pokud se ošetřující lékař před porodem dozví, že žena v minulosti užívala nějakou látku, tuto skutečnost hlásí k posouzení sociální pracovníci. Ta poté zjišťuje, v jaké míře v minulosti byly drogy užívány (jednorázově tzv. na zkoušku či opakovaně) a zdali tento problém netrvá doposud. Mnohem častěji se také dělá test na drogy, než test na alkohol.

Jedním z faktorů, který na ženu působí, zdali o dítě bude pečovat, nebo jej dá do adopce, může být dle Preslové (2009) otec dítěte. Za předpokladu, že je otec také uživatelem drog, pokud se žena rozhodne o dítě pečovat, je pravděpodobné, že přijde o partnera. Druh nemusí mít stejnou motivaci dostat dítě do péče.

Dle Preslové (2009) je zde i další skupina osob, která může mít o dítě zájem. Jsou jimi prarodiče. Pokud se jejich potomek (ať už muž či žena) závislý na drogách stane biologickým rodičem, někteří mohou mít zájem převzít za nově narozené dítě odpovědnost a převzít jej do péče.

Čihař (at Preslová, Maxová, 2009) poukazuje na fakt, kdy se u novorozence, jehož



matka užívá drogy (IDAM), může vyskytnout abstinenční syndrom (NAS). Vyšetření na zjištění zakázané a pro dítě nebezpečné látky v těle matky se využívá laboratorní vyšetření moči matky či dítěte.

### **2.6.2. Klientky poskytující sexuální služby**

Dle Kuzníkové (2010) mají tyto klientky často zkušenosti i se závislostmi a nepříznivými sociálními situacemi. Sociální pracovnice v nemocnici může být pro takovou ženu, která právě porodila, velikou oporou. Může ji poskytnout poradenství a kontakty na pomáhající organizace.

S touto problematikou je spojen zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, který obcím dává pravomoc s tímto sociálním jevem pracovat dle svého uvážení formou obecně závazné vyhlášky. Prostituce je v tomto významu jednáním, které ohrožuje veřejné pořádky a je také v rozporu s dobrými mravy.

Klientky mnohdy mívají děti s různými partnery, mnohdy rodí každý rok nové dítě. Některé rodičky využívají svého těhotenství k tomu, aby se více líbili zákazníkům a získali více peněz. Některé mohou v budoucnosti zneužívat služeb pro ohrožené děti (např. ZDVOPy) jen proto, že nemají vhodné místo pro svou činnost či dítě potřebují na chvíli někde odložit.

### **2.6.3. Nezletilé těhotné dívky**

Dunovský (1995) tuto situaci popisuje příhodným pojmenováním, tedy „když děti mají děti.“

Pokud otěhotní nezletilá dívka (tedy do 18 roku života), je potřeba, aby dobře zvážila svou situaci. Měla by zvážit, zdali je ochotna přijmout roli matky, kde a s kým bude bydlet, případně kdo ji bude s péčí pomáhat. Někdy je ovšem možné, že první kontakt mezi nezletilou a sociálním pracovníkem proběhne až v nemocnici. Situace by měla být řešena s její rodinou, s otcem dítěte a samozřejmě OSPODem, případně kurátorem mládeže. (Kuzníková, 2011)

Dle Kuzníkové (2011) využívají nezletilé dívky méně prenatální péče, než starší ženy. Těhotenství u nich také bývá zjištěno v pokročilém stadiu. Možným vysvětlením je především stud, obavy z vyšetření a reakce okolí. Některé mohou dokonce své těhotenství popírat. Nedostatečná zdravotní péče během těhotenství může vážně ohrozit plod, případně zkomplikovat porod a poporodní období. Zvláště u těchto matek je důležitá edukace, jak se o dítě starat (přebalování, kojení apod.). Nezralé rodičovství může pozastavit období osamostatnění se, jelikož dochází k větší závislosti na rodinách rodičů. (Kuzníková, 2011)

Pokud otěhotní dívka mladší 15 let, lékař (např. praktik nebo gynekolog) má povinnost ohlásit skutečnost na příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí. V případech, kdy je dobrá spolupráce s rodičem nezletilé, oznámení může být ponecháno na něm. (Kuzníková 2011) Tyto dívky se nacházejí pod zákonnou hranicí, situace by tedy měla být řešena i v rámci trestního řízení ve spolupráci s PČR (zákon č. 140/1961 Sb.).

V některých případech se může sociální pracovník dozvědět o budoucí rodičce předem právě z OSPODu, případně kurátorů pro mládež.

#### **2.6.4. Utajené porody**

V procesu utajeného porodu je rodička přijata do zdravotnického zařízení, kde setrvává do porodu. Stejně jako u všech rodiček, i ji je poskytnuta zdravotní péče. Dále může využít psychologické či sociální péče. Pokud se rodička rozhodne, že dítě nepřebere do péče, dítěti je nalezena náhradní rodina. (Kuzníková, 2011)

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách nastavuje podmínky utajeného porodu následovně: „ (§ 37) Žena jestliže hodlá v souvislosti s porodem utajit svou totožnost, předloží poskytovateli poskytujícímu příslušné zdravotní služby písemnou žádost o utajení své totožnosti při porodu; součástí žádosti je prohlášení ženy, že nehodlá o dítě pečovat... Provedením utajeného porodu se rozumí takové postupy při poskytování zdravotních služeb v souvislosti s těhotenstvím a porodem, které zachovají její anonymitu, s výjimkou postupů, které jsou potřebné k zajištění úhrady zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění ... (§ 56) Zdravotnická dokumentace o utajeném je vedena v rozsahu zdravotních služeb souvisejících s těhotenstvím a utajeným porodem. Odděleně od zdravotnické dokumentace je vedeno jméno, popřípadě jména, příjmení ženy, které jsou poskytovány v souvislosti s těhotenstvím a utajeným porodem zdravotní službě, písemná žádost o utajení porodu, datum narození ženy a datum porodu.“

Zákon č. 422/204 Sb., dále uvádí, že zdravotnická dokumentace rodičky má být zapečetěna a dokumentace smí být otevřena pouze se souhlasem soudu. Pokud žena žádá o utajení porodu, její jméno není zapsáno v matrice. Rodička také nesmí být vdaná a podmínkou je české státní občanství.

#### **2.6.5. Rodičky patřící k menšině**

V této podkapitole popíši práci se skupinami, které se liší etnickým původem, jazykem, kulturou a někdy i náboženstvím.

V ČR se jedná především o rodičky patřící k Romské menšině. Obecně platí, že Romská populace je méně kvalifikovaná a mnohdy žijí v podmínkách, které jsou většinovou společností vnímány jako nedostatečné. Romové mají horší přístup ke vzdělání a k práci, v některých oblastech je vysoká kriminalita. (Matoušek, 1993) To potvrzuje i Matoušek a Pazlarová (2010). Romové u nás nedosahují vyššího vzdělání, výrazná je jejich závislost na sociálních dávkách.

Základem je analýza klientovy situace, správně zvolená komunikace a snaha porozumět tomu, jak klient daný problém vidí. Jejich kulturní úhel pohledu může problém vidět jinak, než se může zdát nám. (Kuzníková, 2011)

Matoušek a Pazlarová (2010) poukazují na tzv. „kulturní profil rodiny.“ Zvláště u menšinových rodin by menší odchylky od toho, co většinová skupina považuje za normální, měly být řádně zváženy, než je nazveme abnormalitou. Romská menšina je spíše patriarchálního typu, kdy muži zjišťují rodinu ekonomicky a ženy se starají o domácnost.

V minulosti bylo dítě součástí rodiny, pokud se rodiče o dítě nemohlo postarat, širší rodina jej přijala do péče. V dnešní době se v ústavní péči ocitá větší množství romských dětí. (Matoušek a Pazlarová, 2010)

Pazlarová a Matoušek ve svém výzkumu (2016) z roku 2014 uvádějí názory pracovníků OSPODu na spolupráci s menšinou. Oceňují rodinné vazby a soudržnost, výchova dětí bývá tolerantnější, během šetření nemanipulují s dítětem, nemají zájem o střídavou péči, jsou temperamentnější a duchovněji rozvinutější. Zdůrazňují, že je potřeba jejich kulturu respektovat a využívat rovného přístupu. Nicméně pokud jde o vzdělání, zde je potřeba být důrazný.

#### **2.6.6. Rodičky s postiženým novorozencem**

Děti s postižením či se specifickými potřebami vyžadují individuální a oproti zdravým dětem mnohdy intenzivnější péči. Je nutné zjistit, zdali jsou ochotni dítě přijmout do rodiny s jeho postižením (vada, nemoc). Kuzníková (2011, s. 141) výstižně popisuje situaci následovně: *„Nelze žádné rodiče přinutit k tomu, aby milovali a přijali své dítě. Tohoto mýtu je třeba se zbavit, a to i v případě zdravého dítěte. Řekněme si již nyní, že snad největším utrpením dítěte je, když vyrůstá v prostředí nelásky, odmítání. Když je v rodině jen proto, že to žádá společenská konvence. ... (s. 143) V tomto smyslu je umění přiznat si – nemáme na to, neumíme to. Nutno počítat s tím, že se některé rodiny budou za odpovědi na tyto otázky schovávat, aby ospravedlnily vzdání se dítěte nebo rozpad rodiny.“* Dětská centra nabízejí

komplexní sociální i pediatriickou péči a není žádná hanba řešit celou situaci ústavní péčí, i když to by mělo být až posledním řešením.

Kromě postiženého dítěte je důležité vzít v potaz i další dítě v rodině, které postižení nemá. To má také nárok na dostatečnou péči.

Děti s handicapem a omezenými rozumovými schopnostmi mohou být ohroženy nedostatečnou péčí a nevhodným zacházením. Velkou roli v tom hraje i nedostatek znaků, podle kterých může být zanedbávání odhaleno (Matoušek a Pazlarová, 2010)

Vhodnou pomocí je určitě i raná péče. Ty nabízejí pomoc nejen pro děti narozené s postižením, ale i pro děti narozené předčasně. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 54)

Existují biologické faktory, které mohou být pro dítě rizikové. Jde především o nedonošené děti, nízká porodní váha, chronická nemoc a záživací obtíže. (Matoušek a Pazlarová, 2010)

Děti se mohou narodit nejen s postižením, ale mohou si s sebou nést nemoc, která na ně byla přenesena z matky během těhotenství. Takovými nemocemi může být například HIV či syfilis.

Beder (2006) ve své knize popisuje, že rodiny s novorozencem, kde se očekává blízké úmrtí z důvodu zdravotního postižení, dostanou vlastní pokoj, ve kterém se mohou s dítětem dostatečně rozloučit a konejšit ho do poslední chvíle. Sociální pracovník je pro ně velikou psychosociální oporou.

### **2.6.7. Rodičky se zdravotními a psychickými problémy**

Mezi zdravotní problémy, které mohou ohrozit vývoj a život dítěte, můžeme zařadit omezení rozumových schopností, autismus apod. Mezi psychické problémy patří například schizofrenie, deprese, poruchy osobnosti (manipulativní rodičky) a duševní nemoci. Péče o děti může být kolísavá a závislá na aktuálním naladění matky.

U matek s omezenými mentálními a rozumovými schopnostmi můžeme narazit na nevhodné chování či nedostatečnou péči o dítě. Ženy samotné mívají problém se základními kognitivními schopnostmi – problémy s čtením, psaním, financemi, dodržováním termínů apod. (Matoušek a Pazlarová, 2010)

V mnoha případech je nutné hledat podporu u otců dětí, případně širší rodině. Mnohdy ovšem tyto ženy mívají děti s různými partnery a nemají dostatečné rodinné prostředí.

Podporu mohou nabídnout například neziskové organizace, které s touto cílovou skupinou pracují, případně pak asistenční služby. (Matoušek a Pazlarová, 2010)

### **2.6.8. Rodiny s nedostatečným materiálním zajištěním**

Chudobu, ve smyslu nedostatek příjmu s velkými výdaji, si dovolím definovat jako syndrom. Tento syndrom může mít za příznaky nenasycení základních potřeb, nedostatek jídla, nevhodné bydlení, nefunkční elektřinu a teplou vodu. Chudoba se může vyskytovat více v rodinách, kde je jen jeden dospělý zajišťující příjmy a starost o domácnost.

Chudoba ovšem může mít podíl vzhledem k duševnímu a tělesnému vývoji. Je zde větší riziko předčasných porodů, závislosti novorozenců na drogách, častější hospitalizace během dětství a větší podíl traumatických zážitků. Nedostatek financí vede ke stresu, který ovlivňuje chování, psychické naladění rodičů, komunikaci mezi dospělými a dětmi, a tedy i celkovou atmosféru v rodině. Rodiče mohou být více striktní, zároveň ale děti mohou trávit více času před televizí z důvodu nedostatku financí na volný čas a na školní aktivity. (Matoušek, Pazlarová, 2010)

Výzkum Matouška a Pazlarové (2016) z roku 2014 uvádí, že ani samy sociální pracovnice OSPODu neberou nedostatek materiálního zajištění jako důvod k odebrání dítěte.

### 3. Dosavadní výzkumy

V této kapitole uvedu akademické práce, které se zabývaly podobným tématem. Dle dostupných zdrojů jsem nenašla žádnou práci, která by se věnovala totožnému tématu a na kterou bych mohla navázat. Proto v této kapitole uvedu části diplomových i bakalářských prací, článků a vědeckých výzkumů, ve kterých je zmíněno některé z mých témat výzkumu.

Průzkum Barvíkové a Paloncyové (at Matoušek a Pazlarová, 2016) z roku 2012 zmiňují spolupráci mezi zařízeními ZDVOP a OSPODy. Spolupráce je popsána následovně: *„Pokud jde o OSPOD byla pracovníky ZDVOP nejvíce kritizována neochota ke spolupráci, pasivní přístup, nepružnost, nekompetence, absence aktivit předepsaných v zákoně č. 359/1999 Sb. Pracovníci OSPOD se podle respondentů málo věnují sanaci rodiny.“*

Flutková v roce 2015 (at Matoušek, Pazlarová, 2016) provedla rozbor internetových fór, kde si rodiče stěžovali na pracovníky OSPOD během rozvodu v následujících tématech: neochota pracovníků, zneužívání moci, nevyužití moci ze strachu před rodičem, předsudky, zohledňování materiálního zajištění rodiny a údržby bytu nad vztahy, nadřezování jednomu z rodičů a s tím související i podceňování schopností otců pečovat. Matoušek k tomu dodává, že rozvod je velmi emotivní záležitost a city mohou pohled rodičů velmi zkreslovat.

Pazlarová a Matoušek (2016) provedli v roce 2014 šetření, ve kterém zjišťovali různé aspekty práce pracovníků OSPOD. Zjistili například, že během spolupráce s dalšími orgány a organizacemi je jistý rozpor mezi písemnou zprávou a tím, co jim zainteresovaná osoba (ze školy, zdravotnických zařízení apod.) řekne po telefonu. Přes telefon je podáno více informací (i ty negativní) a ve psaných zprávách se daná situace nezdá tak drastická.

Dále ve svém výzkumu (Matoušek, Pazlarová, 2016) uvedli jako nejrizikovější a nejméně motivované ke změně *„rodiče potýkající se s nejrůznějšími deficity“*, konkrétněji rodiče: závislí na návykových látkách, rodiče s duševním onemocněním, s poruchou osobnosti.

Martens, Delucia a Leyenaar (2017) ve svém článku zkoumají potřeby pěstounů při převzetí dítěte z nemocnice domů. S pomocí analýzy zjišťovali, jak sociálně-zdravotní tým může lépe podporovat pěstouny. Byla identifikována důležitá témata, která pomáhají s převzetím dítěte do péče: 1) seznámení se dítětem a jeho potřebami, 2) zodpovězení lékařských a právních otázek, 3) podpora při složité komunikaci s dalšími zúčastněnými stranami (např. biologičtí rodiče), 4) příprava a podpora po propuštění (informace ale i materiální vybavení).

Drlíková (2020) ve své práci provedla výzkum, který se týkal sociálních pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí na obecním úřadě obce s rozšířenou působností, kteří jsou zapojeni do výkonu pracovní pohotovosti. Výsledkem bylo jištění, že: *„Za stěžejní vybavení považovali pracovníci funkční mobilní telefon, který umožňuje přístup na internet a další nápomocné aplikace, pohotovostní tašku a služební vozidlo.“* Uvedla také častou spolupráci s policií ČR.

Dvořáčková (2016) pospala ve své bakalářské práci spolupráci sociálně-zdravotního pracovníka obecně s institucemi. Z průzkumu zjistila, že spolupráce s organizacemi, ať už státními či soukromými, je nezbytnou a každodenní činností sociálních pracovníků.

Svobodová (2017, s. 105) v praktické části své diplomové práci uvádí odpověď jednoho respondenta, který se vyjádřil následovně: *„V rámci multidisciplinarity by měl sociální pracovník spolupracovat nejen s personálem nemocnice, ale také s pracovníky mimo ni - s pracovníky úřadu práce, městských úřadů, sociálními pracovníky v různých zdravotních a sociální zařízení“*. Další respondentka (s. 111), která pracuje na gynekologicko-porodnickém oddělení, zmiňuje: *„Sociální práce je zde hlavně s cílovou skupinou matek, které jsou závislé na drogách, alkoholu, nemají vhodné bytové a finanční podmínky pro výchovu malého dítěte, nebo jsou dokonce bez domova. Sociální pracovnice musí vyhodnotit, zda matka péči o dítě zvládne nebo bude potřeba začít spolupracovat s orgánem sociálně právní ochrany dětí, širší rodinou, azylovými domy, různými sdruženími apod.“*. Respondentka také vidí jako velmi důležité spolupracovat s OSPODem.

## 4. Cíl práce a výzkumné otázky

V následující kapitole popíši cíl výzkumu, hlavní výzkumnou otázku a další výzkumné otázky. Tyto otázky definují směr výzkumu, výzkumný vzorek a určí metody k dosažení odpovědi.

### 4.1. *Cíle výzkumu*

Cílem této práce je popsat spolupráci mezi sociálním pracovníkem v nemocnici a státní správou, v procesu řešení náhradní péče. Cílem výzkumu je odborně a prakticky popsat proces, jak tato spolupráce probíhá, jaké sociální pracovníci využívají metody a prostředky ke komunikaci. V jedné části výzkumu budu zjišťovat, jak sociálně-zdravotní pracovníci vnímají kvalitu komunikace se státní správou. V teoretické části jsem rodičky rozdělila do pomyslných kategorií. V další části se budu dotazovat na to, zdali má tento typ rodiček vliv na spolupráci mezi sociálními pracovníky a státní správou.

### 4.2. *Hlavní otázka výzkumu*

Hlavní otázka výzkumu v této diplomové práci se soustředí na proces spolupráce, tedy: **Jakým způsobem probíhá komunikace mezi sociálním pracovníkem v nemocnici a orgány státní správy během procesu zajišťování náhradní rodinné péče?** Tato otázka bude nástrojem k popsání procesu spolupráce.

### 4.3. *Vedlejší výzkumné otázky*

**Jaké klady a zápory respondenti vnímají v komunikaci?** V části výzkumu se budu zabývat tím, jak sociálně-zdravotní pracovníci vnímají tuto spolupráci. Také mně zajímá, zdali existují systémové i nesystémové překážky v komunikaci a jakým způsobem tyto překážky řeší.

**Má sociální situace rodiny vliv na spolupráci?** V další části výzkumu budu zkoumat, zdali některé typy rodiček a rodin ovlivňují svou sociální situací komunikaci mezi sociálním pracovníkem v nemocnici a orgány státní správy.



#### **4.4. Předpoklady práce**

Hlavním předpokladem je, že typ rodičky má vliv na množství komunikace mezi sociálně-zdravotními pracovníky a úřady. Některé rodičky potřebují více podpory a komunikace ze strany státu. Proto je u nich sociální šetření prováděno častěji.

Dalším předpokladem je, že sociální pracovníci v nemocnici nejčastěji spolupracují s OSPODem, případně pak s policií, ČSSZ, nebo matričním úřadem.

V neposlední řadě předpokládám, že tuto problematiku řeší převážně ženy sociální pracovnice. Převládající ženské zastoupení je přítomné ve všech oblastech sociální práce, proto je pravděpodobné, že sociální pracovníci věnující se řešení náhradní péči jsou převážně ženy.

Domnívám se, že komunikace mezi sociálním pracovníkem v nemocnici a státní správou začíná oznámením skutečnosti na příslušný úřad a sdílením postřehů ze sociálního šetření. Konec spolupráce je určen umístěním dítěte do náhradní rodinné péče, tedy ukončením hospitalizace v nemocnici.

Matoušek, Kolářková a Kodymová (2005) ve svém díle zmiňují, že v nemocnici existuje veliký tlak na lůžka. Pokud tedy již pacient nevyžaduje akutní péči, je nutné pro něj najít následnou péči, či pacienta propustit. Ve svém výzkumu budu zjišťovat, zdali se tato skutečnost dá předpokládat i u novorozenců.

## 5. Metodika

V této kapitole popíši metodiku výzkumu, výběr respondentů, metodiku získávání dat, proces analýzy dat a harmonogram výzkumu.

### 5.1. *Metodika výzkumu a výběru výzkumného souboru*

V počátku výzkumu jsem zamýšlela vést rozhovory se sociálními pracovníky v nemocnicích, na OSPODech i s dalšími orgány státní správy. Vzhledem k rozsáhlosti zamýšleného výzkumu se ovšem budu soustředit na komunikaci se státní správou pouze z pohledu nemocnice a sociálně-zdravotních pracovníků.

V návaznosti na hlavní i vedlejší výzkumné otázky jsem vypracovala dotazník, který byl zaslán sociálně-zdravotním pracovníkům, kteří v nemocnici řeší otázky NRP, po celé ČR. Odpovědi byly zpracovány. Vzhledem k povaze dotazníku byly některé otázky a procesy porovnávány i z pohledu krajů. Pro kvalitnější data byl také proveden osobní rozhovor s pracovníci, která byla ochotna se k tomuto tématu vyjádřit.

Vzhledem k tomu, že oblast respondentů je malá a epidemiologická situace v ČR ztížila podmínky pro sekávání se, hlavní formou výzkumu byla zvolena kvantitativní forma zjišťování údajů, tedy s pomocí sestaveného dotazníku. Pro přesnější data jsem využila také nástroje z kvalitativní metody, tedy využití metod rozhovoru, pozorování a analýzu dokumentů.

Respondenti byli vybíráni záměrně. Z dostupného seznamu aktuálních nemocnic v ČR jsem si našla ty, ve kterých sociální pracovník pracuje. Pro zařazení do výzkumu byly stanoveny následující požadavky: sociálně-zdravotní pracovníci, zaměstnaní v nemocnici, kteří měli na starosti porodnické oddělení. Délka praxe nebyla pro zařazení relevantní, nicméně byla součástí dotazníku. Všichni respondenti souhlasili se zapojením se do výzkumu tím, že dotazník vyplnili.

### 5.2. *Metodika získávání dat*

V první fázi byl vytvořen internetový on-line dotazník, který obsahoval otázky pro získání odpovědí na výzkumné otázky.

Po vytvoření tohoto dotazníku byl proveden osobní rozhovor se sociální pracovnící ve velké pražské nemocnici. Tento rozhovor byl nahrán a jeho celý přepis je součástí přílohy diplomové práce. Během rozhovoru účastnice odpovídala nejen na otázky dotazníku, ale díky své 30leté zkušenosti i srovnávala sociální práci před Sametovou revolucí a po ní. Zároveň nebyla limitována možnostmi dotazníku a mohla být velmi konkrétní.

Na internetu jsem našla seznam všech nemocnic v ČR. Každou nemocnici jsem vyhledala a na jejich internetových stránkách a zjišťovala, zdali má porodnické oddělení a sociálně-zdravotní oddělení. Pokud byly tyto podmínky splněny, revidovaný dotazník byl rozesílán sociálním pracovníkům na e-mailové adresy získané z internetových stránek nemocnic. V některých případech následovalo také telefonické spojení s nimi, aby byla zvýšená šance na velkou návratnost dotazníku.

Respondentům byl odeslán dotazník, na který měli libovolný dostatek času na zodpovězení. V některých případech byl zaznamenán i důvod, proč se potenciální respondent rozhodl nezúčastnit se výzkumu.

Dotazník měl dohromady 21 otázek. 18 otázek bylo uzavřených a 3 byly otevřené. V dotazníku převládaly uzavřené otázky z toho důvodu, aby byla návratnost dotazníku co největší. Na otevřené otázky měli respondenti dostatek prostoru, aby mohli dostatečně odpovídat a sdílet své zkušenosti. Většina otázek byla povinných s nutností odpovědět na tuto otázku, tři otázky byly nepovinné.

Pozorování a analýza dokumentů byla součástí praxe, která probíhala v pražské nemocnici.

### **5.3. Metodika zpracování dat**

Některá data, která byla získaná pomocí on-line dotazníku, byla díky funkci tohoto dotazníku rovnou vyhodnocena. Jde například o uzavřené otázky, či demografické otázky.

Co se týče otevřených otázek, vypracovala jsem tabulku, do které jsem byla schopna postupně dle vyplněných krajů zaznamenat odpovědi z daného kraje. Barevně jsem rozlišila respondenty, o kterých jsem s jistotou věděla, že na dotazník odpověděli. Tedy ti, co odepsali zpět na e-mail, byli ochotni napsat, v které konkrétní nemocnici pracují, případně napsali důvod, proč se výzkumu nemohou zúčastnit. Otevřené otázky se týkaly procesu zajišťování náhradní péče, doplnění informací ke spolupráci s OSPODy a státní správou. Po ukončení realizační fáze a získávání informací jsem tyto otevřené i uzavřené otázky vyhodnotila.

#### **5.4.      *Analýza dat***

Získaná data byla rozdělena dle typu otázek v dotazníku, na otázky uzavřené a otevřené. Data z otevřených otázek byla převedena do tabulky v MS Word do takové podoby, aby bylo možno začít kvalitativní analýzu.

U uzavřených otázek budou získaná data převedena do tabulek a grafů, které budou součástí kapitoly o výsledcích výzkumu. Uzavřené otázky se týkají demografických charakteristik, spolupráce sociálních pracovníků obecně a pohledu spokojenosti s komunikací mezi státní správou.

U otevřených otázek, z nichž jsem získala odpovědi ve formě textu, jsem využila obsahovou analýzu textu, která dle Ferjenčíka (2000) klade důraz na rozbor sdělení textu písemnou formou. Ta zkoumá výroky a myšlenky v textu. Jak dále autor tvrdí, výstupem bývají interpretace a vývody určené podle frekvence výskytu. Slovní vyjádření v naší přirozené mluvě je převedeno do údajů.

Dle Miovského (2006) je cílem této metody hledat k určenému tématu souvislosti. Pomocí kategorizace údajů a jejich klasifikace získáme údaje, které lze zpracovat a interpretovat.

Následujícím krokem bylo kódování dat. Získaná data jsem převáděla do skupin dle společných charakteristik. Tato část analýzy výzkumu byla nejnáročnější, jak z pohledu času, tak z pohledu hledání souvislostí. Nástrojem mi byla pro lepší orientaci tabulka v MS Word. Společná témata utvořila kategorii. Metodou indukce a dedukce bylo možno kategorie interpretovat a porovnávat. Porovnávány byly nejen samostatné odpovědi, ale také jsem zkoumala, jak se tyto odpovědi mění v závislosti na kraji, kde respondent pracuje. K tomuto procesu jsem se několikrát vrátila a opakovala jej, aby byly výsledky co nejpřesnější a nedocházelo k nepřesné interpretaci výroků respondentů.

#### **5.5.      *Harmonogram výzkumu***

Přípravná fáze zahrnovala analýzu již existujících dat, která se tímto tématem zabývají. Mezi tato data patří výzkumy, průzkumy, články akademických zdrojů, závěrečné práce apod. Velkou částí této fáze bylo také studium odborné literatury. Tato fáze probíhala od prosince 2020 do února 2021.

V přípravné fázi byl sestaven dotazník, který byl hlavním nástrojem získávání dat. Dotazník byl sestaven z otevřených i uzavřených otázek. V některých tématech tedy záleželo na respondentovi, kolik prostoru věnuje odpovědi a do jaké hloubky tématu půjde. Dotazník

byl sestaven v únoru 2021. Na začátku března 2021, před realizační fází, byl proveden rozhovor se sociální pracovníci, po kterém byl dotazník v pár detailech poupraven.

Realizační fáze, tedy sběr dat, probíhala v březnu a dubnu 2021. Vzhledem k malému počtu sociálních pracovníků, kteří se touto problematikou zabývají, se dva měsíce na realizační fázi zdají být dostatečné.

Na konci dubna 2021 následovala fáze analýzy a zpracovávání dat. Konečná fáze úprav a formátování práce byl proveden v květnu 2021.

## 6. Výsledky výzkumu

V této kapitole popíši výsledky mého výzkumu. Každá podkapitola se bude věnovat konkrétnímu tématu v dotazníku, tedy jedna podkapitola může zahrnovat více otázek v dotazníku.

První dvě nejdůležitější otázky výzkumu byly na začátku dotazníku. Důvodem byla možnost strategicky zjistit odpovědi na tyto otázky, i kdyby se respondent rozhodl z jakéhokoliv důvodu nepokračovat ve vyplňování dotazníku.

Dále bude popsána charakteristika výběrového souboru, tedy kolik respondentů bylo ochotno podělit se o zkušenosti se svou prací, jaká byla návratnost dotazníku, zastoupení žen a mužů, vzdělání a demografie.

Tento výzkum probíhal z pohledu sociálních pracovníků v nemocnicích. Sociální pracovníci OSPODu či pracovníci jiných orgánů státní správy vzhledem k povaze závěrečné práce neměli prostor na vyjádření se z jejich úhlu pohledu.

Většina výsledků dotazníkového šetření je propojena s výsledky osobního rozhovoru se sociální pracovníci v pražské nemocnici. Tento rozhovor přinesl podrobnější data, na která v dotazníku nebyl prostor. Data získaná z pozorování v dané nemocnici jsou taktéž součástí analýzy a výsledků.

### 6.1. *Respondenti a nemocnice*

V internetovém seznamu všech nemocnic v ČR jsem našla 168 nemocnic. 110 nemocnic nebylo možno do výzkumu zařadit z následujících důvodů. Většina z těchto 110 nemocnic nedisponuje porodnicí, i když jde mnohdy o větší nemocnice. Mnohé nemocnice jsou určeny především pro lůžka následné péče, tedy zařízení LDN a rehabilitační ústavy.

Zhruba 20 nemocnic porodnici má, ale nezaměstnává sociálního pracovníka. V podkapitole 6.10. (Neúčastníci) se budu více věnovat tomu, kdo spolupráci s orgány provádí, když ne sociální pracovník.

Z výčtu nemocnic vzešlo 65 potencionálních respondentů, tedy sociálně-zdravotních pracovníků, kteří mají na starosti porodnické oddělení. Na mou žádost o zodpovězení dotazníku reagovalo 35 pracovníků, z toho 25 dotazník vyplnilo.

### **Otázka č. 20. Kraj (a město či název nemocnice)**

V některých případech bylo možné v průběhu získávání dat zachytit, za který kraj daný respondent odpovídá. Tato otázka byla otevřená a respondenti zároveň dostali možnost, pokud si to přáli, odpovědět i ze které nemocnice sdílejí své poznatky.

- v Praze na dotazník odpovědělo 4 z 5 sociálních pracovníků,
- ve Středočeském kraji odpovědělo 2 z 8 oslovených sociálních pracovníků,
- v Jihočeském kraji odpovědělo 1 z 5 oslovených pracovníků,
- v Jihomoravském kraji odpovědělo 2 z 5 oslovených pracovníků,
- v Karlovarském kraji odpověděli 2 ze 2 oslovených pracovníků,
- v Královéhradeckém kraji odpověděl 0 z 5 oslovených pracovníků,
- v Libereckém kraji odpověděl 0 ze 4 oslovených pracovníků,
- v Moravskoslezském kraji odpověděl 4 z 5 oslovených pracovníků,
- v Olomouckém kraji odpověděl 2 z 6 oslovených pracovníků,
- v Pardubickém kraji odpověděl 2 z 5 oslovených pracovníků,
- v Plzeňském kraji odpověděl 1 z 1 oslovených pracovníků,
- v Ústeckém kraji odpověděl 1 ze 4 oslovených pracovníků,
- v kraji Vysočina odpověděl 2 ze 4 oslovených pracovníků,
- ve Zlínském kraji odpověděl 2 ze 2 oslovených pracovníků,
- 2 respondenti si nepřáli uvést, ve kterém kraji pracují.

Z tohoto výčtu vidíme, že nejvíce respondentů bylo z hlavního města Prahy a z Moravskoslezského kraje. Z Libereckého a Královéhradeckého kraje není pravděpodobně respondent žádný.

## **6.2. Spolupráce s orgány státní správy**

### **Otázka č. 1. S kterými orgány nejčastěji spolupracujete?**

Byla položena otázka, s kterými orgány státní správy respondenti nejčastěji spolupracují. Subjekty spolupráce byly předem dané, subjekty nebylo možno přidávat. Subjekty byly vybrány na základě pozorování, se kterými orgány sociálně-zdravotní pracovníci nejčastěji spolupracují.

V seznamu měli u položek vybrat údaj, jak často spolupracují s těmito orgány. Četnost spolupráce nebyla definována konkrétně, škála byla nastavena subjektivně, tedy spolupráce

probíhá: velmi často, často, občas a nikdy.

Orgány státní správy reprezentovaly tyto subjekty: MPSV, Krajské a magistrátní úřady, OSPOD, Matriční úřad, Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, Policie ČR, Úřad práce, ČSSZ a soudy.

Graf č. 1 ukazuje četnost spolupráce se zastoupenými subjekty. Číslo v tabulce ukazuje, kolik respondentů s daným orgánem spolupracuje a jak často.

Dle mého předpokladu můžeme z tabulky vidět, že sociální pracovníci nejčastěji spolupracují s OSPODy (17/25 respondentů) v případech řešení náhradní rodinné péče. Jelikož s OSPODy spolupracují sociálně-zdravotní pracovníci nejčastěji, tato spolupráce bude součástí podrobné analýzy a bude popsána v následujících podkapitolách.

	● Velmi často	● Často	● Málokdy	● Nikdy
<b>OSPOD</b>	17	7	1	0
<b>MPSV</b>	0	1	7	17
<b>Krajské a magistrátní úřady</b>	6	5	14	0
<b>Matriční úřad</b>	5	7	7	6
<b>Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí</b>	0	0	11	14
<b>Policie ČR</b>	2	8	11	4
<b>Úřad práce</b>	7	10	5	3
<b>ČSSZ/OSSZ</b>	4	7	11	3
<b>Soudy</b>	4	4	15	2

**Graf č. 1** (Četnost spolupráce sociálního pracovníka se státní správou)

Respondenti uváděli, že s **MPSV** spolupracují minimálně. Během provedeného rozhovoru se účastnice vyjádřila ke spolupráci s MPSV následovně: „*Já se pokouším s nima spolupracovat, ale v podstatě se mi to podařilo asi dvakrát za celých svých 30 let. Protože to tam nikdo nebere, a nebo prostě si to tak předávají, že teda mám se obrátit na úřad tady. A taky ty odpovědi byly takový prazvláštní. V podstatě tam byli takový lidi, který tomu moc jako.. ne nefandili.. ale moc jako nerozuměli. Že na moje dotazy neuměli odpovědět.*“

Spolupráce s **krajskými úřady** nebývá v dnešní době častá. Více k tématu spolupráce s magistráty popisují v podkapitole 6.11. Historie.

Spolupráce s **matričními úřady** záleží na konkrétní nemocnici. Někteří respondenti s



nimi spolupracují častěji, jiní málokdy. Účastnice rozhovoru s matričním úřadem spolupracuje občas a spolupráce se týká jmen a rodných listů. *„Třeba dotazy týkající se jména dítěte a podobně. A o rodný listy. Třeba když bylo potřeba rychle (vyřídit, pozn. autorky) rodný list a podobně.“*

Spolupráce s **Úřadem pro mezinárodně právní ochranu dětí** je v našich nemocnicích minimální. Účastnice rozhovoru doplňuje situaci: *„Dělá to cizinecký a teda OSPOD příslušnej, pokud se tam dává předběžko.“* Dětem cizinců tedy velmi často pomáhá cizinecké oddělení dané nemocnice.

Sociální pracovník může výjimečně spolupracovat také s **policií**. Z rozhovoru vyplynulo, že s Policií spolupracují v oblasti totožnosti rodičky: *„Ano, s téma spolupracujeme když třeba matka nemá totožnost ... nebo taky nezletilý, který neměli doklady nebo měli falešný doklady a podobně.“*

Respondenti uváděli, že s **úřady práce** někdy spolupracují. Účastnice rozhovoru uvedla, že s úřady práce spolupracuje, ale nejde přímo o náhradní rodinnou péči: *„dávám tam ty potvrzení o hospitalizacích. A nebo příspěvky na péči, že jo, když někdo žádá.“*

S **ČSSZ** není spolupráce obvyklá. Rozhovor nám přiblížil, ve kterých případech tato spolupráce probíhá: *„ČSSZ tam taky spíše ty dotazy týkající se nějaký třeba nemocenský, nebo podobně, když pak měl někdo dotaz, nějaká pacientka když měla dotaz.“*

Spolupráce konkrétně se **soudy** je spíše neobvyklá. Z mého pozorování usuzuji, že pokud jde o spolupráci se soudy, jde spíše o spolupráci se soudním vykonavatelem u předběžného opatření. Soudní vykonavatel je společně se sociální pracovnící OSPODu a sociálně-zdravotní pracovníci dané nemocnice účasten procesu, kdy je dítě na porodnici předáváno osvojitelům či pěstounům. Vykonavatel všem zúčastněným stranám předá obálku, ve které je oficiální rozhodnutím soudu v dané věci. Pokud je zažádáno o předběžné rozhodnutí, bez tohoto rozhodnutí není možno dítě svěřit do péče a dítě do té doby zůstává na porodnickém oddělení. Zaznamenala jsem, že v případech, kdy sociálně-zdravotní pracovnice nemůže být procesu předávání účastná, informuje o této skutečnosti porodnické oddělení. Toto oddělení informuje, kdo si novorozence převezme do péče a soudní vykonavatel rozhodnutí o předběžném opatření zanechá na porodnickém oddělení.

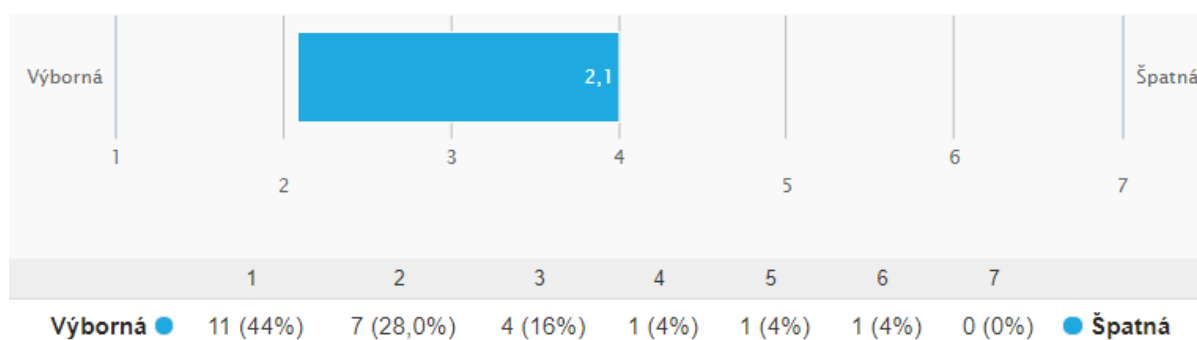
### 6.3. Hodnocení spolupráce

**Otázka č. 2. Jak byste celkově hodnotili spolupráci s OSPODy před obdobím Covidu?**

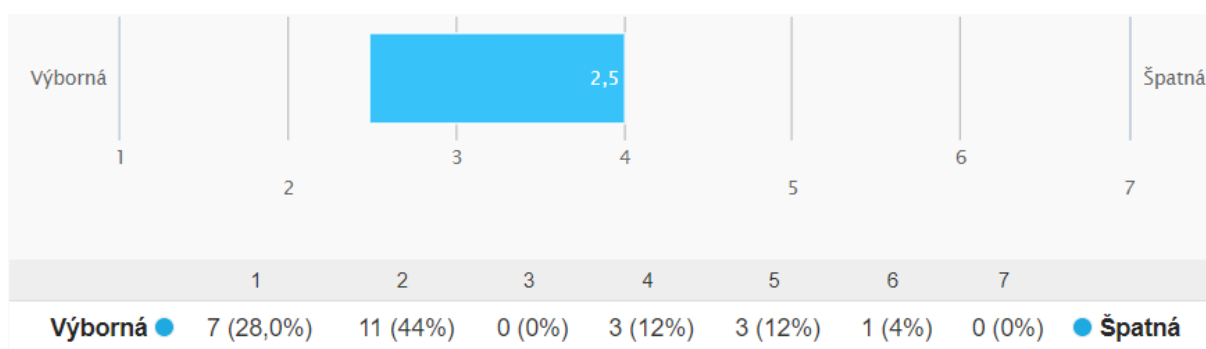
a

**Otázka č. 3. Jak byste celkově hodnotili spolupráci s OSPODy v době Covidové?**

Vzhledem k nouzovému stavu a epidemiologické situaci kvůli onemocnění covid-19 byla otázka hodnocení celkové spolupráce rozdělena do období před opatřeními a během nouzového stavu. K hodnocení spokojenosti se spoluprací byla použita škála od 1 (výborná spolupráce) do 7 (špatná spolupráce).



**Graf č.2** (Hodnocení spolupráce s OSPODy před nouzovým stavem)



**Graf č. 3** (Hodnocení spolupráce s OSPODy během nouzového stavu)

Graf č. 2 a č. 3 nám ukazuje srovnání spokojeností se spoluprací sociálních pracovníků v nemocnici a sociálních pracovníků OSPODu.

Velmi dobrou zprávou je, že většina respondentů hodnotila spolupráci a spokojenost s prací pracovníků OSPOD jako výbornou – průměrně známkou 2,1. Toto hodnocení kleslo o 0,4 bodu (na 2,5 bodu) v souvislosti s nouzovým stavem v ČR. Většina pracovníků státní

správy, pokud to bylo možné, začala pracovat v domácím prostředí skrze tzv. home-office. Tedy veškerá komunikace závisela na domácím prostředí pracovníka.

Ztíženou spoluprací zaznamenala i účastnice osobního rozhovoru. Sdělila, že spolupráce „je trošku horší.“ Více informací uvedu v následujících podotázkách. Domnívám se, že v porovnání typu slovních dopovědí v následujících otázkách je známka 2,5 velkorysá.

#### Otázka č. 4. Co na spolupráci s OSPODy funguje a nefunguje?

V následující otázce bylo zjišťováno, opět na škále od 1 do 7, co na spolupráci s OSPODy z pohledu zdravotně-sociálních pracovníků funguje či nefunguje konkrétně. Součástí hodnocení byla: rychlost sociálního šetření ze strany OSPODu, atmosféra spolupráce, ochota OSPODu přebírat nové případy, předávání informací pracovníky OSPODu zdravotně-sociálnímu pracovníkovi a informování o aktuálním vývoji situace, předávání informací rodiče či osvojitelům a nakonec otázka, zdali z jejich pohledu mají pracovníci OSPODu dostatek času na každý případ.

Graf č. 4 nám ukazuje, jak jsou sociálně-zdravotní pracovníci celkově spokojení s procesem komunikace a fungováním OSPODu.

Většina respondentů hodnotila velmi kladně atmosféru spolupráce („*Tak když sem někdy přijdou, tak jako je dobrá, když to teda jde a přijdou sem.*“). Kladně také byla celkově hodnocena ochota přebírat nové případy a předávání informací rodiče a osvojitelů.

	● Perfektní	● Velmi dobré	● Dobré	● Dostatečné	● Nedostatečné
<b>Rychlost sociálních šetření</b>	8	11	4	1	1
<b>Atmosféra spolupráce</b>	8	11	5	1	0
<b>Ochota přebírat nové případy</b>	5	13	6	1	0
<b>Předávání informací (vám)</b>	8	5	9	2	1
<b>Předávání informací (rodiče, osvojitelům)</b>	6	14	4	1	0
<b>Dostatek času na případ</b>	2	7	10	3	3

**Graf č. 4** (Co na spolupráci funguje a nefunguje)

Prostor k zlepšení byl zaznamenán v oblasti **předávání informací** směrem k zdravotně-sociálním pracovníkům. „ (1) *Někdy mi chybí zpětná vazba - pokud ji potřebuji, musím si sama říct o informace.* (2) *Někdy neochota mi vysvětlit, proč daný případ nechtějí (nemusí) řešit.* (3) *Nemám dostatek informací. Mám jich málo, chybí mi. Musím si zavolat. Já napíšu zprávu, prosím o převzetí do péče a prosím o zprávu, jak se ta situace dítěte bude dál vyvíjet .. když bych si nezavolala, tak se nic nedozvím. Já je furt musím honit.*“ Sociálně-zdravotní pracovnice během osobního rozhovoru uvedla příklad: „*Ale špatný je třeba to, vždycky si přejou, aby se ti pěstouni dříve ozvali, než to dítě se propustí, aby se třeba na dítě šli podívat, tak to trošičku vážne. Protože třeba dneska si asi přijdou nějakí osvojitelé, který se mě vůbec neozvali, vůbec o nich nic nevím. Dobře, přijde soudní vykonavatel, ale nikdo mi neřek, jak se jmenujou. Ani nevím, jestli to jsou pěstouni nebo osvojitelé. Myslím, že to jsou pěstouni. Dneska mi zavolaj, že je předěžný opatření hotový, no jako ani nevím, že bylo daný k soudu.*“

Jako nejhůře hodnocena byla hodnocena **kategorie dostatku času na případ** ze strany pracovníků OSPOD. Na druhou stranu **rychlost sociálního šetření** byla hodnocena jako velmi dobrá. Domnívám se, že sociálně-zdravotní pracovníci vnímají, že OSPODy nemají dostatek personálu na to, aby zabezpečili veškerou agendu, která je jim svěřena. Toto potvrzují i výpovědi respondentů: „ (1) *Někdy se stane, že nereagují dostatečně rychle, ale spíš jsou asi zahlceni a my v nemocnici spěcháme (nebo spěchá pacientka domů).* (2) *Vážne rychlost sociálních šetření a neochota přebírat nové případy.* (3) *soc. pracovnice OSPOD vnímám jako velice vytížené, určitě by si tyto úřady zasloužily personálně posílit.* (4) *Sociální pracovníci OSPOD jsou zahlceni množstvím svých případů a ne vždy jsou schopni hned prošetřit rodinnou situaci v terénu.* (5) *Ale oni mají na všechno dost času.*“

Na délku sociálního šetření upozorňovala i účastnice osobního rozhovoru. Sociální šetření ze strany OSPODu dle jejích zkušeností probíhá vždy na poslední chvíli. Protahování a odsouvání sociálního šetření má vliv na délku hospitalizace novorozence. „*A musím je pak honit. Někteří úřad supr, ten přijede, tady si s tou matkou taky promluví, a řekne ji jak asi oni to vidí, nebo jestli maj někoho, s kým se to taky musí projednávat. Třeba když je tam matka té matky, která nám tady porodí, tak jestli tam má nějaký zázemí ... tomu rozumím.. ale musí se to řešit, ne, že se to bude řešit za tejdén. Ale ono se to většinou řeší, ty úřady to většinou řeší předtím, než by dítě mělo být propuštěno, takže se to (hospitalizace, pozn. autorky) zase ještě protáhne.*“ Zajímavé a rozdílné výsledky tohoto tématu budou taky rozebrány v kapitole 7. Diskuze.

**Otázka č. 5. Zde máte možnost specifikovat - co na spolupráci funguje a nefunguje?**

Respondenti dostali možnost specifikovat slovně, co na spolupráci funguje a nefunguje. Dostali prostor pro konkrétní popsání spolupráce s jinými úřady, orgány, systémové překážky, co se v systému moc nevyužívá, co by se na spolupráci mohlo zlepšit apod.

19 respondentů využilo možnosti odpovědět na tuto volitelnou otázku. Odpovědi byli z poloviny pozitivní a druhá polovina nastínila témata, ve kterých by si přáli vidět zlepšení. Spokojenost i návrhy na zlepšení jsou všeobecně ve všech krajích.

10 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni s prací nejen sociálních pracovníků OSPODu, ale i jiných úřadů. „ (1) *Spolupráce funguje dobře a nemám co vytknout.* (2) *OSPOD v našem místě má ve většině případů dobrou zkušenost. Snaží se vyjít vstříc potřebě nemocnice případ co nejdříve vyřešit, i když mají jistě hodně jiných úkolů. Zejména mladší kolegyně jsou velmi snaživé.* (3) *Při spolupráci s jinými úřady jsem nenarazila na závažnější problémy, které by bránily řešení dané situace.* (4) *Spolupráce s OSPOem funguje. Za mé krátké praxe ještě nenastal žádný problém ze strany OSPODu, asi ani žádného jiného orgánu, který by znemožňoval vyřešení daného případu.* (5) *Pracuji 6 let na této pozici a jsem celkově s prací OSPOD spokojená, nemám žádné velké výtky.* (6) *myslím si, že součinnost s OSPOD i dalšími úřady a orgány je na dobré úrovni a všichni jsou schopni rychle reagovat na změny a vývoj konkrétní situace.*“

Některé respondentky ve větších městech uvedly, že spolupráce velmi **závisí podle toho, se kterou městskou částí zrovna spolupracují**. V této otázce se také bylo možno nejvíce pozorovat, zdali jsou mezi kraji rozdíly. Zjistila jsem, že mezi kraji veliké rozdíly nejsou, atmosféra spolupráce se častěji liší podle obvodu či městské části, se kterou zrovna spolupracují. „ (1) *Záleží, jak kterej úřad. Jak kterej obvod v Praze. Některej je úplně perfektní, když máme tady nějakou problémovou matku, tak se některej ten úřad sebere a okamžitě přijede. Ale některej ne.* (2) *Spolupráce s jednotlivými OSPOD se liší podle jejich velikosti a intenzity možných případů. Z mé jedenáctileté zkušenosti zdravotně sociálního pracovníka bohužel musím říci, že čím menší úřad, popř. úřad, který nemívá často sociálně rizikové klienty, tím je spolupráce komplikovanější. A nyní, v době covidu je to o to těžší.* (3) *Je rozdíl, pokud oslovujeme OSPOD frekventovaných částí - Brno-střed, Brno-sever nebo okrajových částí Brna či okolních vesniček. Frekventované OSPODy jsou už zběhlé, mají zkušenosti, jsou rychlé. S jinými OSPODy je občas spolupráce složitější.* (4) *Spolupráce s*

*různými OSPODy se liší, ne všechny jsou vstřícné a rychlé, jak bychom potřebovali. Vše je v lidech a v nastavení procesů uvnitř úřadu. (5) Spolupráce s OSPOD mimo město - delší doba při provedení sociálního šetření (Ústecký kraj, pozn autorky).“ Na OSPODy ve větších městech jsou tedy kladeny větší nároky, ale zároveň je spolupráce s nimi mnohdy jednodušší.*

Někteří respondenti zmiňovali také možná zlepšení či nespokojenost v oblasti **technického zázemí**. Toto téma bude více rozvedeno v podkapitole 6.4. Podmínky a zázemí (otázka č. 7 Jak technicky probíhá komunikace).

Dvě respondentky uvedly téma **ochrany soukromí**. Ochrana soukromých informací, souvisí s nařízením evropského parlamentu o GDPR (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů). „, (1) *Překážkou v práci je současná ochrana soukromí, která neumožňuje se podrobněji ptát na MSSZ/ÚP na základě RČ na pomoc rodiče (jaké má nároky na dávky státní soc. podpory nebo nemocenské pojištění). Nyní si musí rodička informace zjišťovat sama, pokud možno osobně, což často její hospitalizace samozřejmě neumožňuje. Obecně je málo informací, které se v současné době dají sdělovat telefonicky, což komplikuje práci. (2) Předávání informací nám nejvíce ztěžuje GDPR, nemožnost zasílání žádostí maily, ale do dat. schránek.“*

Jedna z respondentek uvedla, že by bylo vhodné zlepšit oblasti terénní práce a primární prevence.

V jednom případě respondentka uvedla, že není spokojená s **přístupem** pracovníků OSPOD: „*Občas "bojuji" s přístupem některých pracovníků, kdy mi připadá, že se nesnaží najít nejlepší řešení pro dítě, ale drží se zavedených postupů. Občas jim schází více empatie vůči zúčastněným.*“ Vzhledem k množství dat je jedna stížnost na přístup sociálních pracovníků velmi málo. Vypovídá to tedy, že sociální pracovníci OSPODu jsou většinou osoby na svém místě.

Během osobního rozhovoru doplnila sociální pracovnice následující informace. Co se týče ochoty přebírat nové případy: „*Já jim to jako zavolám, pak jim to napíšu. No tak nevím, co si pak dělají kolikrát s tím dál, ale jako musej to řešit. To je naše oznamovací povinnost, na základě zákona o sociálně právní ochraně dětí. Tak to nahlásím. No moc radost z toho asi nemaj, protože vždycky to je nějaký komplikovanej případ, kdy se musí vydávat předběžko, protože ta matka nemá zázemí, je to narkomanka, nemá nikoho v rodině, kdo by je převzal, takže pro ně to samozřejmě práce navíc je.*“

## 6.4. Podmínky a zázemí

Abychom měli možnost porozumět spolupráci do hloubky, je potřeba znát podmínky dané zaměstnavatelem a celkových podmínek pracovníků. Pokud nemají dostatečnou techniku či podporu vedení, spolupráci se státními subjekty to může komplikovat.

### Otázka č. 6. Jaké činnosti provádíte během procesu zajišťování náhradní péče?

V dotazníku byla vložena otázka, jaké činnosti pracovníci provádí během procesu zajišťování náhradní péče. Tato otázka je spíše kontrolního charakteru. Respondenti měli odpovědět, zdali se věnují následujícím činnostem: sociální šetření, předávání informací OSPODu a jiným subjektům, podpora rodičky a rodiny (sociální poradenství), koordinace spolupráce mezi OSPODem, rodičkou-porodnickým oddělením a osvojiteli/pěstouny. Také měli možnost specifikovat, jakým dalším činnostem se věnují.

#▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
●	Sociální šetření	20	80 %
●	Předávání informací OSPODu a jiným subjektům	25	100 %
●	Podpora rodičky a rodiny (sociální poradenství)	20	80 %
●	Koordinátor spolupráce (mezi OSPOD-rodička-porodnice-osvojitelé/pěstouni)	20	80 %
●	Jiná	4	16 %

**Graf č. 5** (Popis činností sociálního pracovníka)

Z grafu č. 5 vidíme, že opravdu většina sociálně-zdravotních pracovníků provádí sociální šetření, podporuje rodičku a koordinuje spolupráci. 100% respondentů uvedlo, že jejich činností hlavní a nejdůležitější činností je předat informace příslušným úřadům.

Možnost specifikovat jakým dalším činnostem se pracovníci věnují, využili 3 respondenti. Činnosti specifikovali jako: „(1) Účast při předání dítěte z porodnice do další péče (pěstounům, příbuzným...). (2) Edukace budoucích osvojitelů především u cíleného osvojení.“ Další respondentka uvedla spolupráci s policií.

Jedna z respondentek napsala, že se necítí kompetentní k spoluúčasti na řešení sociální události novorozence: „Hlavní část úkolů leží na soc. pracovníci OSPOD. Nemá potřebné kompetence k větší účasti na řešení.“

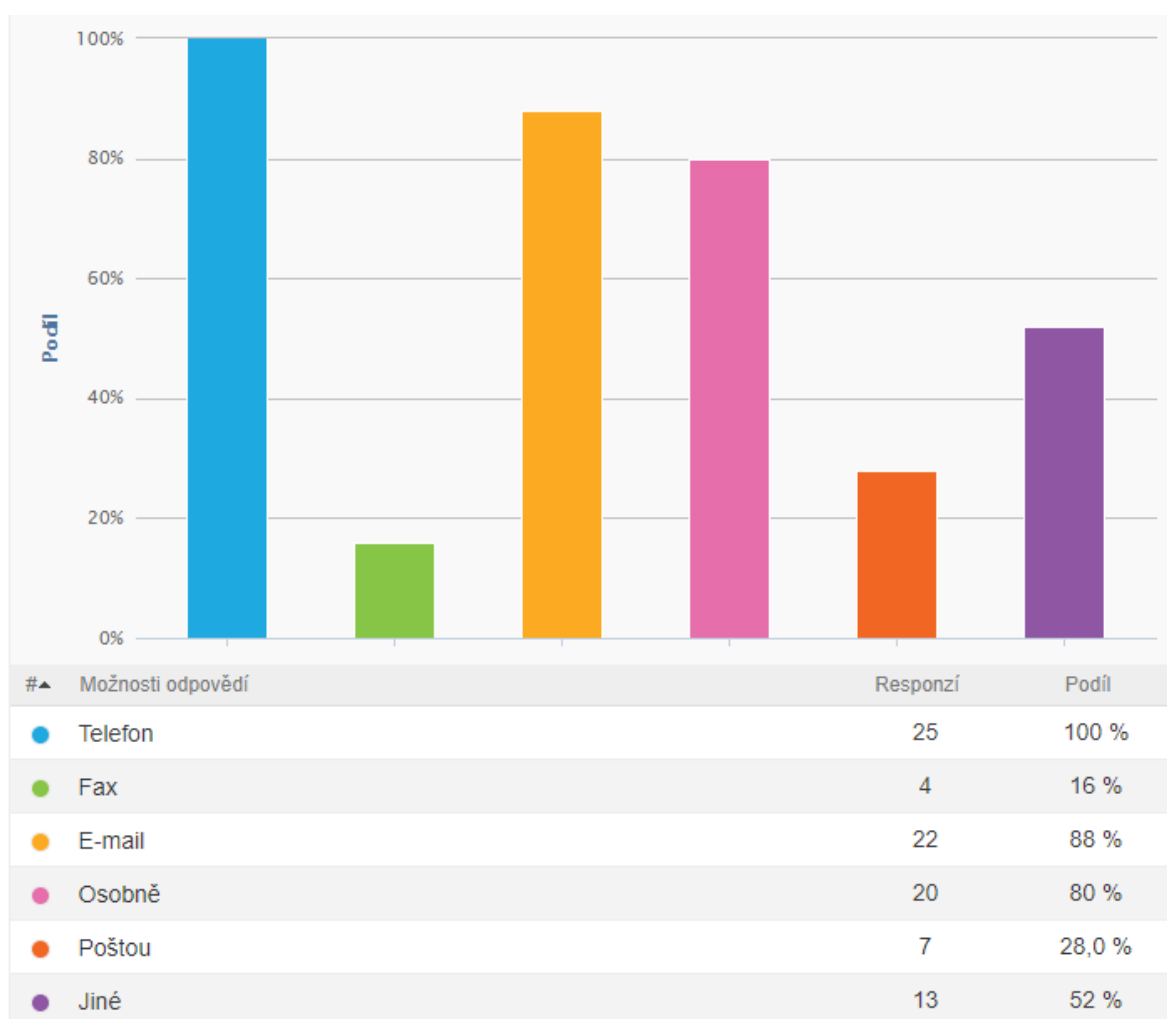
Sociálně-zdravotní pracovnice během rozhovoru uvedla, že velkou částí její práce je koordinace: „No já tadyto vždycky koordinuju. Tady ano. Když oni (OSPOD, pozn. Autorky)

*mají přijet, tak já to oznámím na oddělení, abychom měli místnost, kam si půjdeme s rodičkou popovídat.“*

### **Otázka č. 7. Jak technicky probíhá komunikace?**

Dalším cílem bylo zjistit, jak technicky probíhá komunikace. Mezi možnosti byla komunikace skrze: telefon (jak osobní telefon, či pevná linka), faxy, e-maily, skrze osobní setkání nebo poštou. Dále mohli specifikovat, jaké další možnosti komunikace využívají.

Z grafu č. 6 zjišťujeme, že komunikace probíhá nejčastěji skrze telefonické rozhovory (100% respondentů), dále e-maily (88% respondentů) a samozřejmě osobní formou (80% respondentů).



**Graf č. 6** (Využívání techniky v komunikaci)



Účastnice osobního rozhovoru k tomu dodala tato slova: „*S OSPODem faxem. Emailem. Heslovaným emailem. Telefonicky a vždycky písemná zpráva. A když přijdou na oddělení, tak osobně. Jsou OSPODy, který jsou perfektní a okamžitě přijdou, a situaci řeší.*“

Mezi jiné možnosti respondenti ve 13 případech (52%) uvedli možnost **datové schránky**. Možnost datové schránky je tedy také velmi využívanou formou a pravděpodobně tedy pracovníkům spolupráce touto formou vyhovuje. Pouze jedna z respondentek uvedla, že datovou schránku využívá, ale není s ní velmi spokojená. Situaci komentuje následovně: „*Některé úřady jsou tak ztuhlé, že dopis z dat. schránky jde na stůl konkrétní osobě i několik dní!!! V případě podávání podkladů k návrhu na předb. opatření je to absolutně nemyslitelné.*“ Tato slova potvrzuje i sociální pracovníce z pražské nemocnice, která datovou schránku nevyužívá: „*My moc nemůžeme čekat na nějaký datovky, apodobně, to prostě spěchá.*“

Respondenti během otevřené volitelné otázky mohli uvést, co na spolupráci nefunguje. Z pohledu technické komunikace velmi často uváděli ztíženou spolupráci z důvodu epidemiologické situace, kdy jsou pracovníci ve státní správě na tzv. **Home-officech** a je velmi těžké je zastihnout. „(1) *Ted'ka samozřejmě v době covidové tam je problém, prostě ty pracovníce sehnat. Nefunguje to tak, jak bych si představovala. Pořád prostě mají dostatek času. Já jsem tudle dokonce včera měla strach, že paní ještě spala doma.. Když jsem jí řekla.... protože to vědí od minulého týdne a potřebuju udělat šetření .. tak jako .. dneska že tam zajde no. Mají mít sice propojený telefony nějak jako, ale nefunguje to tak, jak by mělo.* (2) *V současné době je velmi problematické kontaktovat pracovníce OSPOD (omezená pracovní doba; polyvalence pracovníků); co se týče Úřadu práce - mimo úřední dobu (po, stř.) nemožnost kontaktovat. To, že se nemůžete dovolat, či Vám nikdo neodpovídá na email se neseťká s pochopením ( i v případech , kdy se na ČSSZ, SSZ musíte "prokousat předvolbami - a nejlépe od 1-7, kdy Vám ten telefon stejně nikdo nevezme). Určitě bychom uvítali "hot linku" každého úřadu, správy - lze určitě využít i v rámci home ofice.*“

Dovolím si dokonce zmínit frustraci jedné respondentky. Byla velmi znechucená z toho, že úředníci obecně během období covid-19 nepracovali s takovým nasazením jako před tímto obdobím. Jejich osobní odměny ovšem zůstaly stejné: „*Celý rok seděli doma a odměny dostanou, protože to přece zvládli.*“

Sociálně zdravotní pracovníce se během osobního rozhovoru se k tématu práce z domu vyjádřila takto: „*My když tady máme dovolenou, tak se musíme zastoupit, neexistuje, že bych řekla, dneska mám dovolenou, zavolejte si zejtra, dneska tady nejsem ... neexistuje tohle.*“

### Otázka č. 8. Máte k práci dostatečné zázemí?

Na škále od výborné až po nedostatečné měli možnost odpovědět na otázku, zdali mají k práci dostatečné zázemí. Zázemím bylo myšleno: dostatek telefonů (příp. Zkrácenek či pageru), dostatek počítačů, zaměstnaneckých benefitů (např. doplatek na benzín), podpora vedení, prostor pro rozvoj (školení, supervize), či dostatek času na každý případ.

Graf č. 7 ukazuje, že sociálně-zdravotní pracovníci mají dostatečné zázemí, co se týče telefonů a počítačů. Toto zázemí je v dnešní době velmi důležité a pokud tato potřeba není podporována, negativně to může ovlivnit proces spolupráce.

Pracovníci dále mají pocit, že mají dost prostoru pro vlastní rozvoj a dokonce i dostatek času na případ je uspokojivý.

	● Výborné	● Dostatečné	● Nedostatečné	● Nemáme
Telefony (příp. zkrácenky)	24	1	0	0
Počítače	21	4	0	1
Benefity (Doplatek na benzín apod.)	1	3	2	19
Podpora vedení	12	11	0	2
Prostor pro rozvoj (školení, supervize)	9	11	2	3
Dostatek času na případ	7	13	5	1

**Graf č. 7** (Pracovní zázemí sociálních pracovníků)

Zajímavá je otázka ohledně podpory vedení a benefitů. Z nemateriálního hlediska má většina sociálních pracovníků dostatečnou podporu, tato podpora ovšem nemusí být z pohledu finančního ohodnocení a benefitů. Sociální pracovnice z pražské nemocnice má pocit, že podpora vedení je dostačující, ale existuje zde prostor pro zlepšení: „*Já to nechci komentovat, ale já vím, že mají úplně jiný starosti, než sociální práci v nemocnici.*“

Respondentka z Moravskoslezského kraje ve volitelné otevřené otázce č.5 uvedla iniciativu **vlastního vzdělávání** k zlepšení komunikace: „*Přivítala bych nějaké školení na OSPOD - ujasnění si, které případy jim hlásit a které ne a proč. Ráda bych také využila seminář v jiné nemocnici.*“ Tuto respondentku zároveň zajímají výsledky mého výzkumu.

Jelikož sociálně-zdravotní pracovníci nespádají, co se týče následného vzdělávání pod zákon 108\2006 Sb. o sociálních službách, nemají povinnost splnění 24 hodin dalšího vzdělávání. Veškerá účast na kurzech a seminářích je mnohdy dobrovolná a je podřízená názorům nadřízených pracovníků.

## 6.5. Administrativa

### Otázka č. 9. Jak vnímáte administrativní zátěž?

Administrativa je nedílnou součástí práce sociálního pracovníka a státní sféry. Nadměrná administrativa může ovlivňovat způsob komunikace a celkově pracovní nasazení všech pracovníků. Část výzkumu se proto věnuje i administrativní zátěži. Respondenti měli odpovědět, jak vnímají z jejich pozice administrativní zátěž. Na tuto otázku měli na výběr odpověď – je jí málo, je jí tak akorát, či je jí moc. Respondenti mohli zvolit více možností.

Z pohledu na graf č.8 vidíme, že administrativní zátěže je dle mínění sociálních pracovníků akorát (64% respondentů). V některých případech až moc (32% respondentů).

Dva respondenti využili možnosti odpověď jinak a tím i specifikovali svou situaci. Jedna z respondentek uvedla, že: „Administrativní zátěž se odvíjí od složitosti případu.“ Druhá respondentka uvedla, že administrativy je dost. Jedním z důvodů je nutnost informovat lékaře písemnou formou.

#▲	Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
●	Je jí málo	0	0 %
●	Je jí tak akorát	16	64 %
●	Je jí moc	8	32 %
●	Jiná	2	8 %

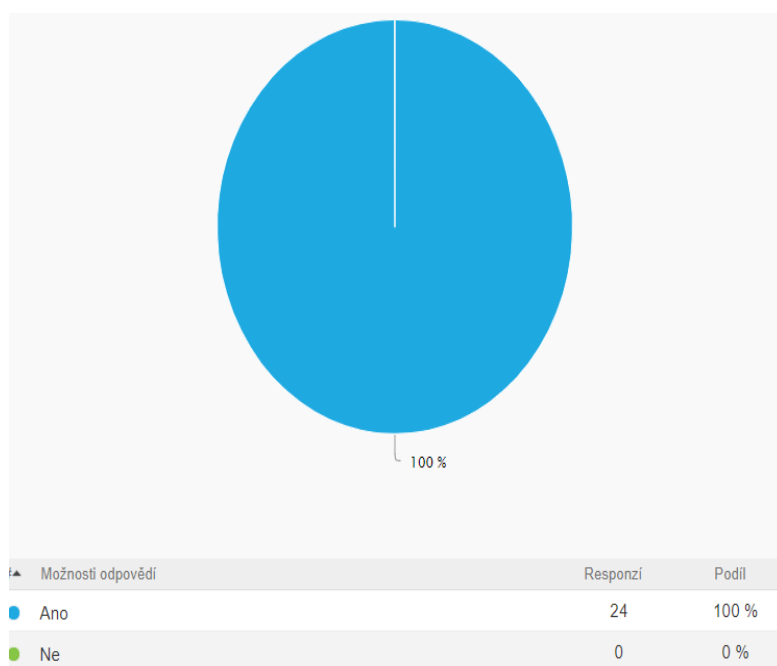
**Graf č. 8 (Administrativní zátěž)**

Během popisu procesu zajišťování náhradní rodinné péče jedna z respondentek popisovala, jak prokládá intervenci administrativní činností: „Odevzdat písemnou zprávu na oddělení. Zapsat do denní knihy případ, zapsat ho do kartotéky, zapsat do AMIS (nemocniční systém královéhradeckého kraje, pozn. autorky). Po propuštění do domácí péče poslat písemnou zprávu na místně příslušný OSPOD. Ukončit a založit kartu. Pokud je nutná spolupráce s náhradní rodinnou, opět píše zprávu zvlášť.“

**Otázka č. 10. Veškeré administrativní úkony (a informace, které sdílím s úřady) vnímám jako potřebné a vím, proč se ode mě vyžadují?**

Také jsem zjišťovala, zdali veškeré administrativní úkony a informace, které pracovníci sdílí s úřady, vnímají jako potřebné. Dalo by se obecně říct, že sociální pracovníci vědí, proč se tyto formuláře a informace od nich vyžadují. Existují formuláře, které přidělávají práci a které pracovníci vnímají jako zbytečné? Na tuto otázku mohli odpovědět ano či ne.

100% respondentů v grafu č. 9 uvedlo, že administrativní úkony nevnímá jako zbytečné. Také si jsou vědomi, k čemu sdílené dokumenty a informace slouží. Můžeme tedy říct, že administrativní zatížení může být v některých případech velké, nicméně administrativa je důležitou součástí. Nebyl zmíněn žádný dokument či formulář, který by byl v procesu zbytečný.



**Graf č. 9** (Srozumitelnost administrativních úkonů)

## 6.6. Proces spolupráce

### **Otázka č. 11. Popište konkrétně proces spolupráce (od nahlášení lékařem, přes sociální šetření, nahlášení situace na OSPOD).**

Proces spolupráce je z teoretického hlediska popsán v teoretické části diplomové práce. Část mého výzkumu se věnuje tomu, jak tento proces vypadá v praxi. Respondenti dostali prostor, aby popsali konkrétně proces spolupráce. Proces od nahlášení lékařem, přes sociální šetření, až po nahlášení situace na OSPOD. Tato otázka byla otevřeného charakteru, proto záleželo na respondentovi, jaké detaily k procesu poskytnout.

Na tuto otázku odpovědělo všech 25 respondentů poměrně detailně. Postup byl podobný ve všech nemocnicích napříč kraji. Všechny odpovědi byly zpracovány v rámci analýzy a byl vytvořen postup:

**1. Ošetřující lékař nahlásí situaci sociálně-zdravotnímu pracovníkovi.** „ (1) *Přijata žádanka pro soc. pracovníka - žádost o soc. intervenci (jméno pacienta, ročník a důvod soc. šetření).* (2) *Lékařem je žádáno sociální šetření.* (3) *Ošetřující lékař nebo staniční sestra daného oddělení mne kontaktují a předají mi nezhl. do péče.* (4) *Jednám s novorozeneckým oddělením.* (5) *Lékař na oddělení nebo v lepším případě už na porodním sále oznámí přítomnost rizikové rodičky.* (6) *Lékař nebo st. sestra mi nahlásí případ, já si získám od lékaře podrobné údaje o zdr. stavu a prognózy délky hospitalizace.* (7) *Rozhovor s lékařem o zdrav. stavu dítěte, konkrétních výhradách k matce.* (8) *Přijde mi přes NIS (nemocniční informační systém, pozn. autorky) požadavek, že na novorozeneckém odd. leží matka a je potřeba něco řešit.* (9) *Lékař nebo staniční sestra nahlásí soc. pracovníci matku, která nechce pečovat o novorozence dítě.*“

V některých případech se sociální pracovník může o matce dozvědět již z oddělení OSPOD, které mu tuto situaci nahlásí před porodem: „*Někdy mne o plánovaném porodu u nás v nemocnici informuje pracovnice OSPODu ještě před termínem, protože je jí známo, že se matka rozhodla родit u nás. V takovém případě jednám s oddělením a porodními sálou, sepišu zprávu a donesu ji přímo na porodní sál, aby již u příjmu bylo jasné, že se jedná o rodičku s komplikovanou situací (např. snížená rodičovská odpovědnost, špatné bytové podmínky- např. bezdomovectví - matky bez domova se snažím směřovat na azylové domy a ne vždy- spíš vůbec- tomu jsou nakloněny.*“

Z pozorování v pražské nemocnici uvádím příklad, jak může nahlášení lékařem vypadat. Lékař zaslal písemnou žádost (tzv. konzilium) sociální pracovníci, aby ji upozornil o porodu náhradní matky. Z této žádosti jsem kvůli anonymitě odstranila jména. „*Dobrý den,*

*pouze informuji o předem uzavřené Dohodě o poměrech dítěte a předání do péče a následném osvojení mezi biologickým otcem dítěte (\*jméno, datum narození) a biologickou matkou (\*jméno, datum narození) - surogátní matka, geneticky matka není. S dítětem hospitalizováni manželé (biologický otec a budoucí osvojitelka).“*

**2. Proběhne sociální šetření sociálně-zdravotním pracovníkem.** „ (1) *Osobní pohovor s pacientem, poradenství, vyhodnocení situace, hovořeno s oš. lékařem, staniční sestrou.* (2) *Jednání s pacientkou, sociální šetření, vyplnění potřebných formulářů s pacientkou.* (3) *Následuje osobní rozhovor s rodičkou, zkontaktování ostatních rodinných příslušníků.* (4) *Znamená to si vždy promluvit s klientkou, probrat s ní aktuální životní situaci.* (5) *Na základě žádanky o soc. šetření provedeme pohovor s rodičkou, sepišeme matriku k vyřízení rodného listu novorozence.* (6) *Po zjištění, že rodička dává dítě k adopci, ji navštívím, provedu rozhovor, vyslechnu důvody, poučím ji, co jí čeká a co má udělat, nechám podepsat formulář (mnou vytvořený), že chce dát dítě k adopci.* (7) *Provedu sociální šetření u lůžka pacientky a zapíšu do dokumentace.* (8) *Provede se sociální šetření u lůžka rodičky, kdy se zjišťuje zázemí rodičky, možnost podpory rodiny a blízkých - celkově její sociální situace.* (9) *Sociální šetření u rodičky (pokud po porodu neodejde), informace od ošetřujícího lékaře, sester.* (10) *Soc. pracovnice nemocnice s matkou provede rozhovor. Matka v rozhovoru potvrdí, že nechce o dítě pečovat a z jakých důvodů.“*

Sociální šetření provádí i sociálně-zdravotní pracovnice z pražské nemocnice. Mnohdy se průběh šetření odvíjí i podle toho, zdali rodiče našli ilegální látky v těle. Během osobního rozhovoru popsala postup šetření: „*Já vždycky začnu pohovorem s matkou, vždycky zjistím, jaký ona má představy, jak tu svou situaci bude dál řešit. Vždycky čekám, jak dopadnou ty testy, pokud tam je nějaké podezření.“*

**3. Nahlášení situace na OSPOD.** „ (1) *Příprava dokumentů a potřebné administrativy, kontaktován OSPOD (mapování soc. situace).* (2) *Jednání s OSPOD, odeslání zprávy.* (3) *Předání všech získaných informací OSPODu s žádostí o jejich vyjádření.* (4) *Kontaktuji místně příslušný OSPOD telefonicky, poté odeslání sociální zprávy.* (5) *Jednám se sociálním pracovníkem OSPODu, který má případ na starosti. Požádám je o sociální šetření v rodině a poté čekám na jejich vyjádření.* (6) *Na základě vypsání žádanky lékařem nejdříve telefonicky, pak obratem i písemně, o případu informovat místně příslušný OSPOD. Ideálně ten stejný den je nutné se domluvit na provedení sociálního šetření, včetně předání si všech dostupných informací. Pokud je nutná spolupráce s více OSPOD současně - trvalé bydliště klientky se liší od faktického bydliště, zprávu odesílám na každý úřad zvlášť s patřičnou*

úpravou. (7) Telefonicky zkontaktujeme místně příslušný OSPOD, datovou poštou pošleme žádost o soc. šetření. (8) Poté informuji OSPOD nebo jiné správní orgány. (9) Prostuduji si celý případ, tel. se doptám na oddělení a hlásím telefonicky ihned na OSPOD. Během toho dne napíšu OSPODu hlášení a pošlu přes email. (10) Tyto informace se postupují telefonicky OSPOD, následuje vypracování oficiální písemné zprávy pro OSPOD. (11) Soc. pracovníce telefonicky zkontaktuje příslušný OSPOD a informuje o rozhodnutí matky. Písemně pak zasílá na OSPOD oznámení o narození dítěte s žádostí o zajištění další péče o novorozené dítě. “

Zdravotně-sociální pracovníce z pražské nemocnice k tématu dodává: „A pak celou tu zprávu, celý ten můj sociální pohovor dávám do zprávy OSPODu, to jim posílám. A tam jim píšu, že dítě předávám do péče a prosím o zprávu, co nejrychleji, jak se ta situace bude řešit.“

**4. Multidisciplinární spolupráce při zajišťování náhradní rodinné péče.** „ (1) Jednáno s OSPOD, ošetřujícím lékařem a pacientem (popř. rodinou nebo NRP, Magistrátem hl. Prahy, pediatrem) - vyvíjení situace. SPOD písemně sdělí závěr soc. šetření - informován oš. lékař, pacient, rodina (NRP). Zápis do lékařské dokumentace. (2) Další jednání s OSPOD a pacientkou, průběžná komunikace s personálem oddělení, jednání s pěstounem/ osvojitelem. (3) Spolupráce s neziskovými a podpůrnými organizacemi, dětskými centry. (4) Situace je dále řešena dle vyjádření OSPODu, o postupu ihned informován ošetřující lékař dítěte. (5) Dle konkrétní situace provedou (OSPOD, pozn. autorky) sociální šetření v místě bydliště nezletilého, či přímo v nemocnici a podávají nám zpět telefonicky a písemně zprávu o souhlasu či nesouhlasu s propuštěním nezl. a event. s plánem dalšího postupu. (6) Pokud je potřeba jednat i s matkou dítěte. Po provedení sociálního šetření mi vyjádření sdělí pracovníce OSPODu a poté ho předám na oddělení. V některých případech se musí více komunikovat a ověřovat informace u matky dítěte, která sděluje jiné nám a jiné OSPODu. (7) Po přijetí odpovědi dořešit dle výsledku. Výsledek předat na oddělení. Pokud je potřeba, znovu jednat s klientkou. Pokud je klientka umístěna např. v azylovém zařízení, znamená to obtelefonovat ho. Pokud je nám rodina známa z minulosti a již jsme spolupracovali s nějakou další organizací, opět je telefonicky informujeme. Vyžaduje-li případ nakontaktování např. s neziskovou organizací, telefonicky je kontaktujeme, popř. sjednáme osobní schůzku v naší kanceláři. Pokud je nutné ověřit dosavadní péči, často kontaktujeme i pediatra. Vše vždy za souhlasu klienta. (8) OSPOD provede dle času soc. š. v rodině, zavolá výsledek šetření, pošle datovkou výsledek ze šetření. Výsledek předáme na oddělení. Mezitím vše konzultujeme s dětským i dospělým lékařem. Při případném propuštění upozorňujeme pediatra novorozence o soc. rodiče. Pokud jde o osvojení, kromě OSPODU kontaktujeme také MMB (Magistrát

města Brna, pozn. Autorky). (9) *Písemně informuji OSPOD a domlouvám s ním další postup, tj. vydání předběžného opatření k umístění dítěte, většinou pěstounům na přechodnou dobu nebo budoucím osvojitelům. Komunikuji s personálem, s lékařem, kdy bude dítě k propuštění, aby časově vycházelo podání návrhu k soudu s plánovaným propuštěním dítěte. Většina OSPODů nechce podávat návrhy, pokud není známo datum propuštění dítěte z nemocnice. Domlouvám s lékaři i záchvát pěstounky a komunikuji s doprovázející organizací. Doprovázím pěstouny k dítěti na oddělení. Zajišťuji usnesení soudu o PO, aby byla kopie v dokumentaci. Vyplňuji formuláře pro doprovázející organizaci. Po propuštění informuji OSPOD o propuštění, pokud u něj nebyl. (10) Pokud dojde k vydání předb. opatření ke svěření do NRP, asistuji při výkonu usnesení. (11) Poté jsem jako prostředník mezi matkou, oddělením a OSPODem. Informuji OSPOD průběžně o změnách, např. zdrav. stavu dítěte. Informuji oddělení o krocích OSPODu a domlouváme se na řešení a délce hospitalizace. Případ ukončuji až po souhlasu OSPODu. (12) Mnoho případů si OSPOD nadále už řeší sám, někdy jsme prostředníkem komunikace mezi OSPOD a oddělením. Někdy některé věci ještě došetřujeme přímo s rodičkou. (13) OSPOD pak řeší jak zajistit další péči o novorozence - pěstounská péče na přechodnou dobu, svěření do péče příbuzných, dětské centrum, atd. (14) Poskytnutí poradenství, jednání se soc. pracovníci OSPOD ohledně zjištěných skutečností v terénu a dalšího postupu, někdy jednání s pracovníky krajského úřadu, někdy s policií, jednání s pěstouny na přechodnou dobu, předání dítěte do NRP.“*

Podle výpovědí všech respondentů jsem zjistila, že OSPOD rozhoduje o tom, jak se situace bude dále řešit. Nicméně zdravotně-sociální pracovník je účasten při řešení sociální situace, koordinuje a předává informace mezi porodnickým oddělením, OSPODem a mnohdy i pěstouny či osvojiteli.

Sociálně-zdravotní pracovnice během osobního rozhovoru uvedla, že sociální péče o novorozence a komunikace s pěstouny či osvojiteli je na velmi dobré úrovni: „*Tady mi jim dáme všechno, co potřebují, všechny informace, zdravotní, lékař s nima vždycky mluví. Já jim můžu říct o té matce, jaká byla.*“

#### **Otázka č. 12. Využíváte nepsaná pravidla, podle kterých se řídíte?**

Každá nemocnice má své vlastní organizační zajištění, tedy organizační kulturu nemocnice. Každá nemocnice má nastavené vlastní pravidla a řídí se směrnicemi. Někde mohou existovat pravidla psaná i nepsaná. Na příklad může jít o domluvu s porodnickým oddělením, kdy se spolupráce domlouvá a ladí podle harmonogramu oddělení, či se komunikace s konkrétní sociální pracovníci (např. příbuznou osobou sociálně-zdravotní



pracovnice) může lišit od komunikace s cizí sociální pracovnící. Součástí výzkumu byla i otázka, zdali sociální pracovníci využívají nepsaných pravidel.

20 z 25 respondentů se rozhodlo na tuto dobrovolnou otázku odpovědět. 6 z těchto respondentek uvedlo, že nevyužívají žádná nepsaná pravidla. Jedna s respondentek dokonce uvedla, kterými pravidly se řídit musí: „*Proces umístění do náhradní péče se řídí zákonem o OSPOD, vnitřní směrnici zdravotnického zařízení, standardy ošetrovatelské péče...*“

Využívání nepsaných pravidel popisovaly respondentky následovně: „(1) *Na oddělení je domluvený postup při předávání dítěte jiné osobě než matce Spolupráce s OSPODy dle běžných postupů.* (2) *Ve většině případů ano, ale vzhledem k tomu, že řešíme problematiku dětí a matek z celé republiky, v praxi to vždy nefunguje.* (3) *Po provedeném šetření v domácím prostředí pracovníkem OSPODu je dítě propuštěno do péče rodičky (pokud šetření vede k takovému závěru) na základě telefonické domluvy s pracovníkem OSPODu pro zkrácení nutné hospitalizace. Písemné vyjádření je doručeno datovou poštou dodatečně.* (4) *Ano využívám nepsaná pravidla, která usnadní jednání jak s oddělením, tak i s pracovníci OSPODu.* (5) *Ano. Vzhledem k naléhavosti řešení většiny případů a minimálního času je to nezbytné. Bez úzké spolupráce s novorozeneckým oddělením, porodním sálem, OSPOD by naše práce nebyla možná.* (6) *Bojujeme s časem. Rodička s novorozencem mohou být v případě dobrého zdravotního stavu propuštěni po 48 hod po porodu, což je na soc. šetření šibeniční čas. Obzvláště v covidové době, kdy OSPODy fungují na 1/2. Do rodin se teď chodí méně než jindy. S lékaři jsme domluvení, že vše potřebujeme vědět co nejdříve. Nejlépe už na porodním sále. Pokud to zdr. stav rodičky dovolí, jdeme za ní už během porodu, k dobru tak je několik hodin. Ne vždy to zdr. stav umožní.* (7) *Využívám nepsané pravidlo domluvy na novorozeneckém oddělení o strpení při propuštění dítěte do náhradní péče. U fyziologického novorozence je doba hospitalizace 3 dny, což v případě např. víkendu nebo svátků, nelze stihnout. Rovněž někdy OSPOD s veškerou agendou (získání vhodných osvojitelů nebo pěstounů) není schopen tuto dobu dodržet.* (8) *Bez nepsaných pravidel a osobních kontaktů na OSPODech vytvořených za léta praxe bych se ve své práci neobešla.* (9) *Jako psaná pravidla dodržujeme naše dané standardy. Vycházíme si všechny strany vstříc a řešíme případ společně.* (10) *Máme psaná pravidla, jak postupovat (standardy). K nepsanému pravidlu bych zařadila asi to, že se snažíme všichni si navzájem vycházet vstříc, komunikovat a spolupracovat.*“

Z přehledu výpovědí tedy vidíme, že většina sociálně-zdravotních pracovníků dodržuje dané pracovní postupy a standardy. Pokud se rozhodnou využít nepsaných pravidel,

je to z důvodu ušetření času, aby dítě mohlo být svěřeno do péče co nejrychleji a zbytečně se tak neprodlužovala hospitalizace. Mezi nejčastější nepsaná pravidla tedy patří domluva s novorozeneckým oddělením na určitém postupu.

Z osobního pozorování jsem pochopila, že mnohdy ošetřující lékaři chápou tuto problematiku a respektují, že dítě není možno propustit, dokud není vyřešena jeho sociální situace.

### **6.7. Matky a rodičky**

Můj předpoklad, že typ rodičky ovlivňuje spolupráci mezi sociálním pracovníkem, byl prověřován následujícími otázkami v dotazníku. V teoretické části jsem rodičky rozdělila na rodičky: alkoholově a drogově závislé, nezletilé, poskytující sexuální služby, utajené porody, rodičky patřící k menšině, rodičky s postiženým novorozencem, rodičky s nedostatkem materiálního zajištění a studentky. Zároveň měli respondenti možnost odpovědět i dle jejich zkušeností a zvolit jiný typ matky.

Z mého pozorování jsem zaznamenala i pár případů studentek, nejčastěji vysoké školy. V některých případech došlo ke styku „na párty“, často v alkoholovém (či drogovém) opojení. Otcové dětí nejsou angažováni, mnohdy o těhotenství vůbec netuší, případně matka nezná otcovu totožnost.

Dle Kuzníkové (2011) mají mladistvé matky významnější potřeby, než je starost o dítě. Toto může dle mého názoru platit i u dospělých studujících matek. Velmi často nejsou na těhotenství připravené (bydlící na koleji) a nejdřív chtějí dostudovat.

#### **Otázka č. 13. U kterých rodiček provádíte soc. šetření nejčastěji?**

V první řadě jsem zkoumala, u jakých rodiček sociální pracovníci v nemocnici provádějí sociální šetření nejčastěji. Nešlo o otázku, kde bych vyžadovala od respondentů přesná čísla ze statistiky, šlo spíše o jejich povědomí. Všichni respondenti byli požádáni, aby zvolili maximálně tři nejčastější odpovědi.

Po prvním rozhovoru s účastnicí mého výzkumu, kde jsem testovala výzkumné otázky, jsem do této otázky přidala i rodičky s psychiatrickou diagnózou.

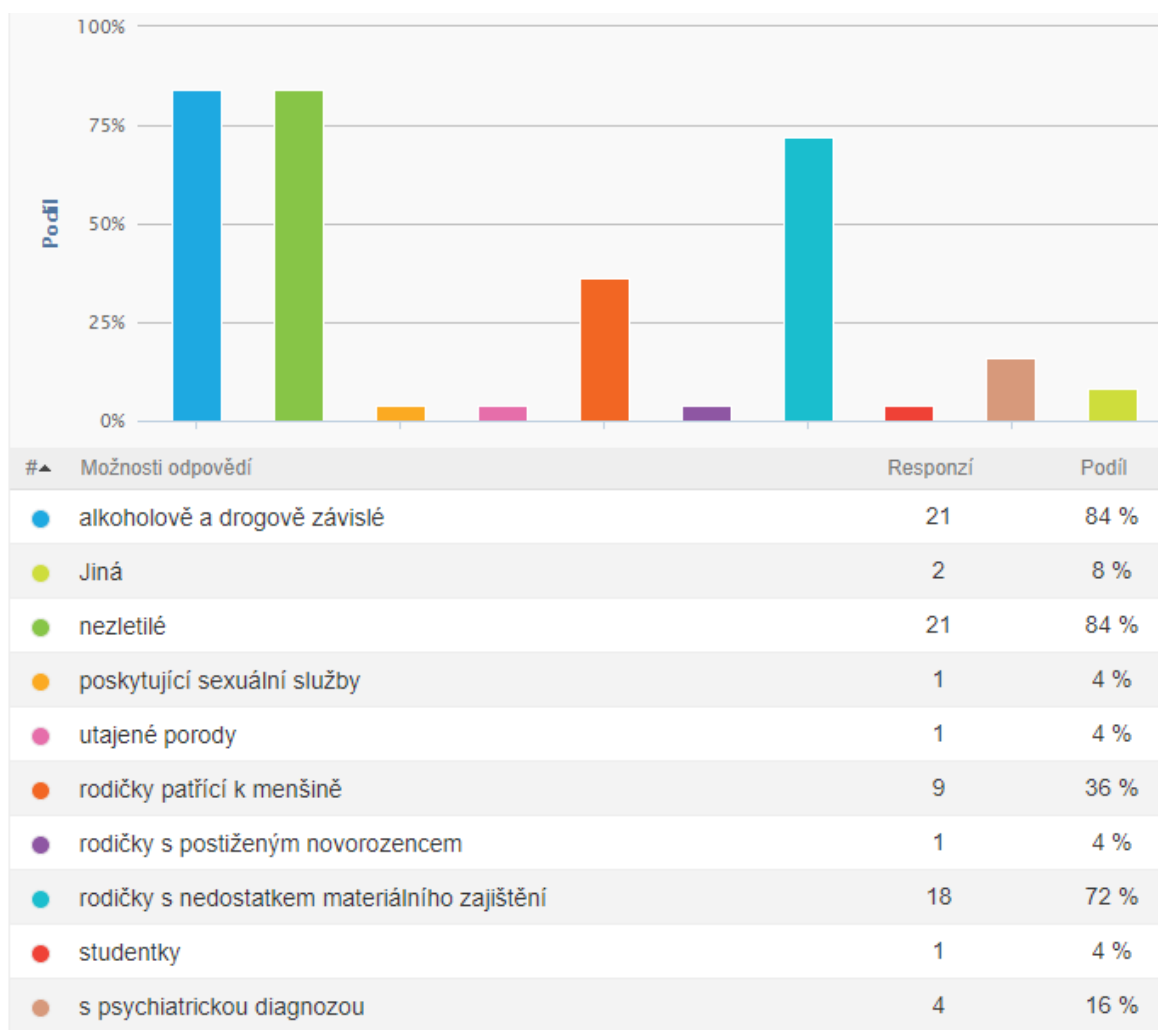
V grafu č. 10 vidíme, že nejčastěji jsou sociální šetření prováděna u rodiček alkoholově a drogově závislých (84%), nezletilých rodiček (84%) a rodiček s nedostatkem materiálního zajištění (72%).

Dvě respondentky zvolily možnost jiné a svou volbu specifikovaly: „ (1) *Rodičky,*

jejichž děti jsou svěřeny jiným osobám či zařízením. (2) Poradenství rodičkám mrtvých dětí.“

Během osobního rozhovoru se zdravotně-sociální pracovnící přišla řada i na téma rodiček, u kterých provádí sociální šetření nejčastěji. Ptala jsem se ji na zkušenost s rodičkami, které poskytují sexuální služby. Odpověděla: „*To se jich neptám, jestli poskytují sexuální služby. Řekla bych, že některý určitě, třeba ty drogově závislý, nějak si na to musejí vydělat. Buď prodávaj drogy a nebo teda poskytujou, to určitě. Ale to já nezjišťuju.*“

Dále jsem se ptala na zkušenost s utajenými porody: „*Taky tady jsou, ale tak dva do roka.*“

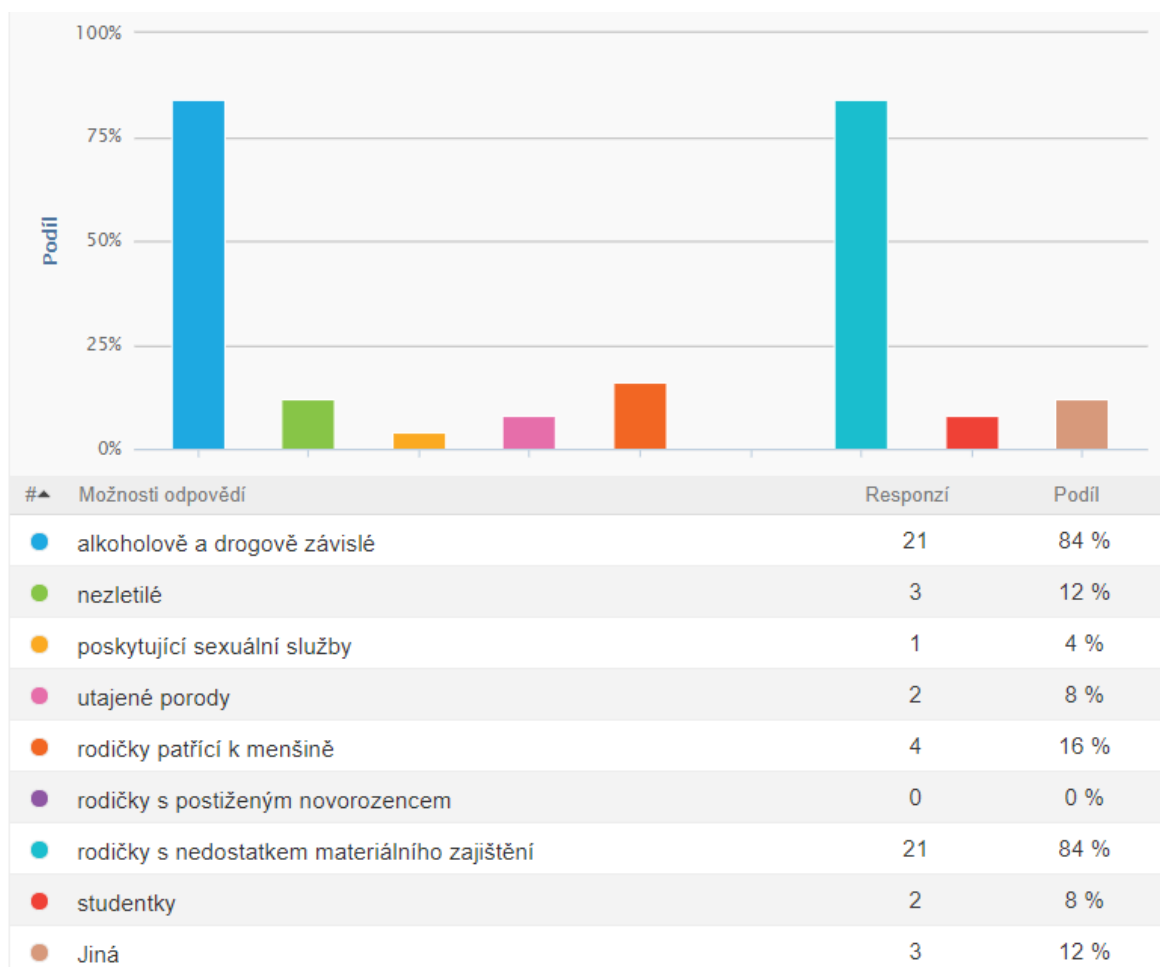


**Graf č. 10** (Sociální šetření u rodiček)

Velký počet sociálních šetření u nezletilých by mohla vysvětlit výpověď respondentky z Olomouckého kraje. Na závěr dotazníku uvedla fakt, který velmi silně souvisí s epidemiologickou situací v ČR a ve světě: *„Na zajímavé příběhy mám málo místa, ale podotkla bych, že v posledním období asi 3 měsíců se nám začaly množit případy nezletilých matek (v jednom případě porod v dětském věku). Většinou se jedná o matky z minoritních skupin s velmi nízkou socio-ekonomickou úrovní.“* Tato odpověď byla zaznamenána v době, kdy se nejen Olomoucký kraj, ale i celá ČR potýkala s nemocí covid-19 již 12 měsíců. Případy nezletilých matek se tedy začaly zvyšovat 9 měsíců po vyhlášení prvního nouzového stavu. S nouzovým stavem přišlo uzavření škol a většina žáků a mládeže zůstala doma v rámci distanční výuky. Pokud jde o skupiny s nízkou socio-ekonomickou úrovní kvality života, je pravděpodobné, že studenti neměli dostatečné zázemí na studium a vzdělávání a svůj čas začali trávit jiným způsobem.

Ke konci tohoto tématu jsem se účastnice osobního rozhovoru ptala, zdali jsem vynechala některou kategorii rodiček. Upozornila mě na kategorii matek psychiatricky nemocných: *„Psychiatrické. Ty jsou většinou hlášené. Protože je to uvedený v chorobopise. A tam záleží, jaký mají zázemí ... a třeba teď jedna měla dobrý zázemí, ale vracela se zpět na psychiatrii. Nevěděla, že je těhotná. Teda ona to asi věděla. Přišla na chirurgii, že ji bolí břicho....“*

#### Otázka č. 14. Které rodičky dávají dítě k adopci nejčastěji?



**Graf č. 11** (Typ rodičky svěřující své dítě k adopci)

Zjišťovala jsem, které rodičky dávají dítě k adopci nejčastěji. Tedy matky, které se dobrovolně z jakéhokoliv důvodu vzdávají péče o dítě. Všichni respondenti byli požádáni, aby zvolili maximálně tři nejčastější odpovědi.

Při pohledu na graf č. 11 ihned vidíme, že nejčastěji dávají dobrovolně dítě k adopci rodičky alkoholově či drogově závislé a rodičky s nedostatkem materiálního zajištění.

Tři respondenti dále uvedli možnost Jiné. Svou volbu specifikovali jako rodičky: „(1) Bez partnera - otce dítěte, i předchozí děti nemají ve své péči. (2) Rodičky, které neuvedou důvod.“ Jedna respondentka uvedla, že neví, které rodičky dávají nejčastěji souhlas s osvojením.

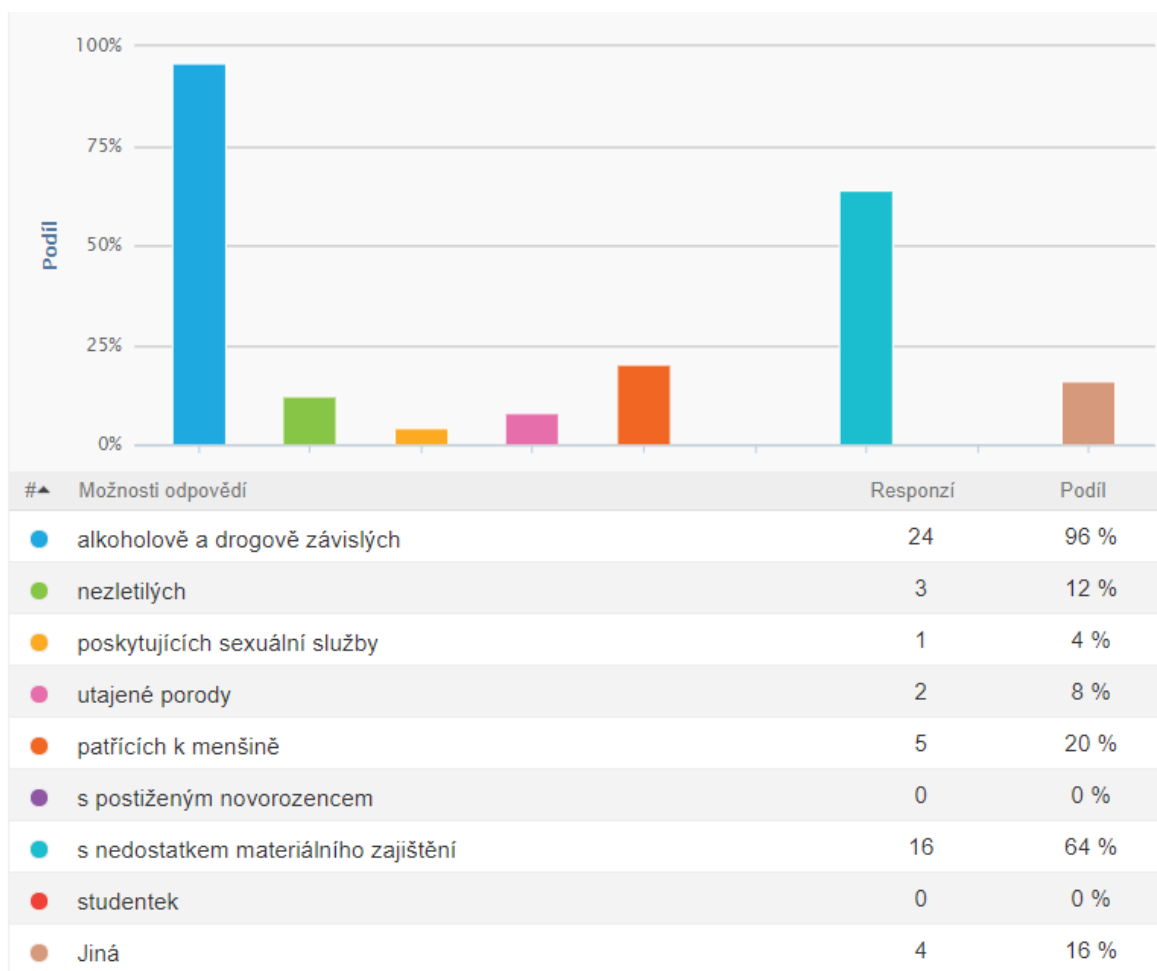
Sociálně-zdravotní pracovnice během rozhovoru uvedla další typy rodiček, které dávají dítě k adopci velmi často. Jde o rodičky, „Který jsou sociálně nezajištěný a drogově závislý. Nebo matka, která má vícečetnou rodinu, když už těch dětí mají třeba pět.“

### Otázka č. 15. U kterých rodiček je nejčastěji nutno zasáhnout a svěřit dítě do NRP?

V poslední otázce na toto téma jsem zjišťovala, u kterých rodiček je nejčastěji nutno zasáhnout a svěřit dítě osvojitelům, pěstounům, či ústavní péči. Jde o případy, kdy není jisté, zdali budou rodiče schopni se o dítě postarat. Všichni respondenti byli opět požádáni, aby zvolili maximálně tři nejčastější odpovědi.

V tabulce č. 12 vidíme, že 96% respondentů, tedy 24 z 25 respondentů uvedlo, že nejčastěji je potřeba dítě odebrat a svěřit do náhradní rodinné péče u osob s alkoholovou či drogovou závislostí.

Druhým nejčastějším důvodem, pro nesvěření dítěte do péče rodičky, je nedostatečné materiální zázemí rodiny.



**Graf č. 12** (Odebrání dítěte dle typu rodičky)

Zároveň i účastnice rozhovoru uvádí mnohočetné mateřství jako problém. „*Bylo by dobré, když by tam byla babička, která si dítě převeze do své péče, protože dcera má už tři děti, nepoužívá antikoncepci.*“

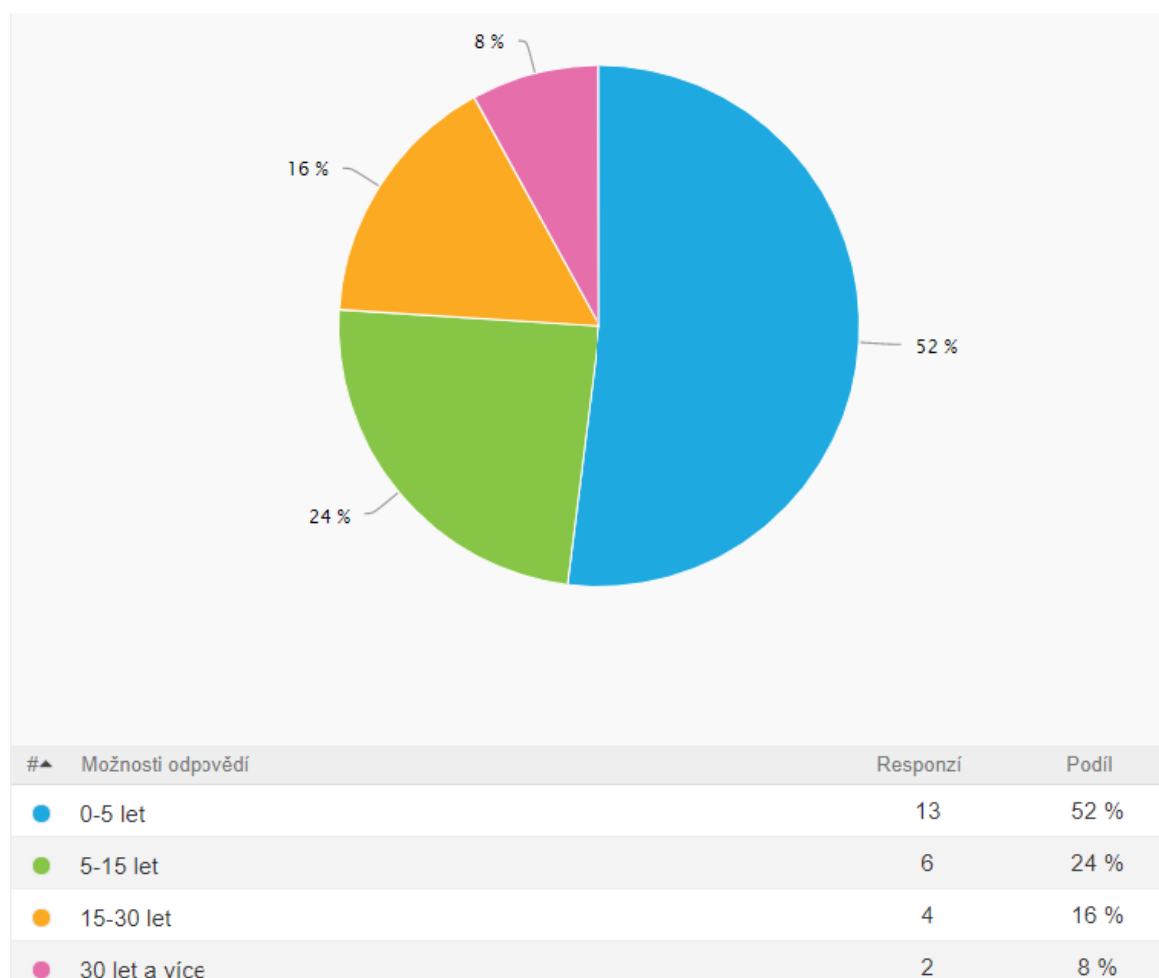
Sociálně-zdravotní pracovnice v rozhovoru uvedla, že nejčastěji jsou dle ní do náhradní rodinné péče svěřeny děti matek drogově závislých. Jde o drogově závislé matky: „*který ale nemaj sociální zázemí.*“

Čtyři respondenti využili i možnost Jiné. Jedna respondentka nedovedla posoudit, u kterých rodiček dochází k odebrání dítěte nejčastěji. Další tři uvedli jasné důvody: „ (1) *Rodičky, které již mají doma hodně dětí.* (2) *Samy se rozhodnou, že už mají více dětí a péči o další dítě nezvládnou.* (3) *Nezvládají již péči o předchozí nezvládnuté děti, svěřeny často už do NRP.*“ Jak je tedy z těchto odpovědí vidět, mnohdy jde o matky, které již rodily vícekrát a péči o své děti nezvládají, nebo se o novorozence nemohou postarat.

## 6.8. Demografie

Průměrná doba vyplnění dotazníku byla 10-30 minut (52%). Za čas 2-5 minut vyplnilo dotazník 4% respondentů, za čas 30-60 minut vyplnilo dotazník 8% respondentů, a déle než 60 minut vyplňovalo dotazník 36% respondentů. Dotazníky byly většinou zasílány na pracovní e-mail, proto se mohlo stát, že jejich odpovídání bylo přerušeno pracovními povinnostmi.

### Otázka č. 16. Jak dlouhou máte praxi v řešení náhradní rodinné péče na pozici sociálního pracovníka v nemocnici?



Graf č. 13 (Délka praxe respondentů)

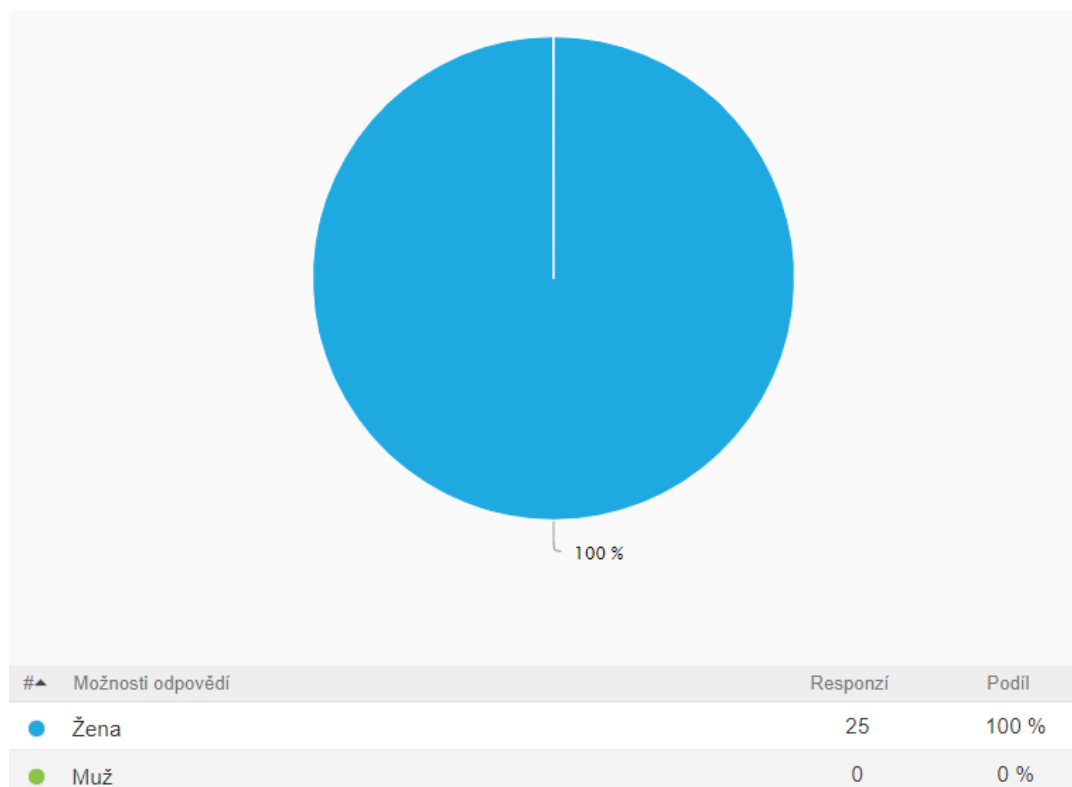
V první řadě jsem zjišťovala, jak dlouhou mají respondenti praxi v řešení náhradní rodinné péče na pozici sociálního pracovníka v nemocnici? Na výběr měli: 0-5 let, 5-15 let, 15-30 let, 30 let a více.

Graf č. 13 ukazuje délku praxí všech zúčastněných respondentů v dotazníku. Polovina



všech respondentů (52%) má praxi do 5 let. Praxi 5-15 let mělo 24% účastníků, praxi 15-30 let mělo 16% respondentů a pouze 2 respondenti měli praxi delší než 30 let.

#### Otázka č. 17. Vaše pohlaví?



**Graf č. 14** (Pohlaví respondentů)

V dotazníku následovala otázka na pohlaví respondentů. Na výběr měli dvě možnosti, žena nebo muž.

Graf č. 14 ukazuje, že všichni respondenti byly ženy, tedy z 25 respondentů tvořilo 100% žen.

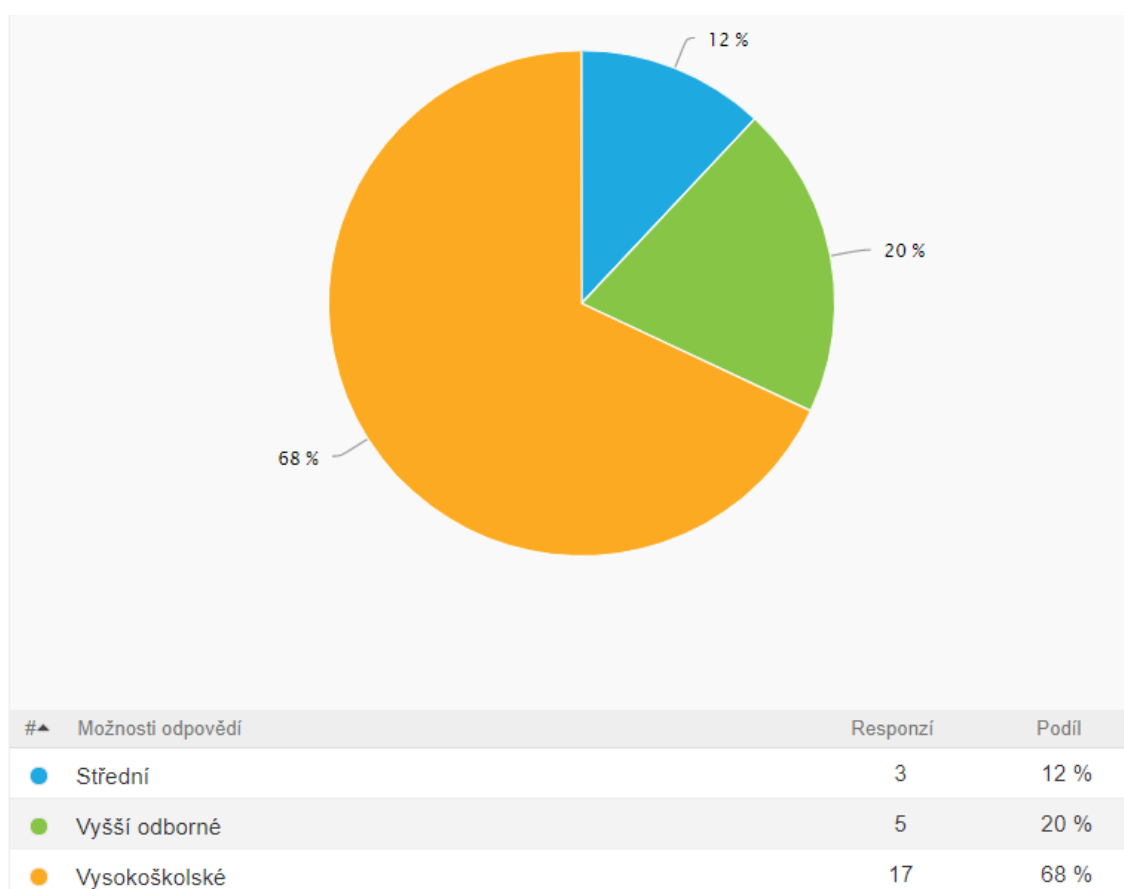
#### Otázka č. 18. Věk?

Důležitá byla i odpověď na otázku věku respondenta. Průměrný věk respondentů byl **46,9 let**. Nejstarší respondentce bylo 63 let a nejmladší respondentce bylo 25 let.

### Otázka č. 19. Nejvyšší dosažené vzdělání?

Následovala otázka na nejvyšší dosažené vzdělání. Možnosti odpovědí kopírují nutné vzdělání pro výkon pozice sociálního pracovníka dle platného zákona. Mohli tedy zvolit vzdělání vysokoškolské, vyšší odborné či střední.

Dle grafu č. 15 tvořilo 68% respondentů s vysokoškolským vzděláním. 20% respondentů dosáhlo diplomu z vyšší odborné školy a 12% respondentů má střední vzdělání. Střední vzdělání bych přiřadila k respondentům, kteří na této pozici pracují již delší dobu a mají dlouhou praxi.



**Graf č. 15** (Vzdělání respondentů)

## 6.9. **Poznámky a zpětná vazba**

### **Otázka č. 21. Poznámky, případně zajímavé příběhy**

Zvláštní prostor byl věnován i pro zajímavé zkušenosti či příběhy formou otevřené nepovinné otázky.

Jedna z respondentek využila možnost volného prostoru k zajímavé poznámce v otázce sociálního šetření: *„Ještě bych chtěla uvést, že některé rodičky odchází v krátké době po porodu na negativní revers domů. Mezi nimi i ty, které sdělují, že chtějí dát dítě k adopci. Pokud je nezastihnu ve své běžné pracovní době, nemám pak možnost s nimi hovořit. Pak veškeré údaje o jejích představách zjišťuje OSPOD. Dále ne u všech dětí, které jdou z nemocnice do náhradní rodinné péče, je to se souhlasem rodičky/matky. V případě, že nemá podmínky pro výchovu dítěte, je také vydáno PO (předběžné opatření, pozn. autorky) k umístění dítěte do NRP.“*

Také jsem věnovala prostor pro získávání zpětné vazby. Součástí reflexe jsem chtěla zaznamenat případy, kdy by mi sociální pracovníci navrhli konkrétní úpravy, jak bych měla dotazník uzpůsobit, případně jiné postřehy. Během získávání dat bylo zaznamenáno, že 2 respondenti neporozuměli otázce č. 12 o nepsaných pravidlech. Jedna respondentka k tomu napsala, že: *„Nepsaná pravidla úplně nechápu - vycházíme si všechny strany vstříc a řešíme případ společně.“*

Jedna respondentka uvedla technický problém, kdy dotazník vyplnila, odeslala (několikrát klikla), nezobrazilo se však jí žádné potvrzení, že dotazník byl odeslán.

## 6.10. **Neúčastníci**

V 10 případech byli sociální pracovníci velmi ochotní a odpověděli mi zpět na e-mail s důvodem, proč se daného výzkumu a vyplnění dotazníku nemohou účastnit.

V podkapitole 6. 1. jsem psala o 20 nemocnicích v ČR, které mají porodnici, ovšem nezaměstnávají sociálního pracovníka. Ve dvou případech byl vznesen dotaz na danou nemocnici (sekretariát), kdo tedy danou činnost vykonává. V obou případech bylo odpovězeno, odpověď se shodovala i s jinými neúčastníky.

V případech, kdy nemocnice nemá sociálního pracovníka, který by zajišťoval sociální péči na porodnickém oddělení, tato činnost je svěřena do rukou lékaře a oddělení. Odpovědi

se shodovali: „ (1) Na porodnickém oddělení v případě dítěte k adopci komunikuje s OSPODEM dětská lékařka. Dále vše potřebné zařizují oni. (2) Zdravotně sociální pracovník cíleně neintervenuje na porodnickém oddělení. S OSPODem si potřebné záležitosti řeší přímo naši lékaři a primářka oddělení, komunikaci a administrativu s potřebnými úřady pak zajišťuje administrativní pracovnice oddělení. (3) V naší nemocnici si na gynekologicko-porodnickém oddělení obstarávají tyto záležitosti mimo mne. Mají to takto zavedeno již dlouho, nastoupila jsem před necelými dvěma lety a nabídla se ke spolupráci, ale opravdu si řeší sami. (4) Máme na starosti všechna lůžková oddělení a ambulance kromě dětského oddělení a porodnice. Ty sami v rámci vrchní sestry a primáře komunikují s OSPODem, soudem, atd...“ Tuto skutečnost potvrzují i dvě respondentky, které na dotazník neodpověděly, z důvodu krátké praxe: „Je – li to potřeba spádové sociální pracovníky z OSPOD kontaktuje přímo lékař nebo primář porodního nebo novorozeneckého oddělení. ... Zkušenosti z porodnického oddělení nemám žádné, nebo spíše lépe řečeno vše si řeší po vlastní ose, byť vědí, že mohou k řešení např. předem vyslovené zřeknutí se dítěte, přizvat právě soc. pracovníka.“

V jednom případě respondentka odpověděla, že na oddělení vykonává pouze sociální poradenství: „Zdravotně sociální pracovník je oddělením o spolupráci / poradenství oslovován zcela ojediněle. Většinou se jedná o jednorázové sociální poradenství pacientům (pacientkám), a to často na jejich žádost.“

Dvě respondentky uvedly, že v dané nemocnici pracují jako sociální pracovnice, nikdo ovšem nemá na starost porodnické oddělení: „ (1) V Nemocnici jsme dvě zdravotně sociální pracovnice kmenově na oddělení následné péče a sociálním lůžku. (2) Pracuji zejména na odd. následné péče.“ Mnohdy mají sociálně-zdravotní pracovníci na starosti pouze oddělení následné péče.

Ve dvou případech byly oslovené respondentky na dlouhodobé nemocenské, za jednu z těchto respondentek odpověděla zastupující kolegyně, která má s prací na porodnickém oddělení také zkušenosti.

## **6.11. Historie**

Tato podkapitola vychází z poznatků účastnice rozhovoru, která měla více prostoru než respondentky v dotazníku. Přepis rozhovoru je uveden v příloze č. 2 této diplomové

práce.

Během osobního rozhovoru jsem se dotázala, zdali respondentka vnímá rozdíl mezi spoluprací v dnešní době a spoluprací před rokem 1989. Dle respondentky mají dnešní drogově závislé matky lepší příležitost pro převzetí dítěte do péče, pokud jsou ochotné začít s léčbou.

Dle respondentky se spolupráce liší v tom: *„že těch dětí se neumísťuje do kojeneckých ústavů tolik. Když matka neměla dobrý sociální zázemí, já jsem vždycky bojovala proti tomu, aby se děti odebíraly prvorodičce, která nemá zázemí a která se o to dítě chce starat. Tak vždycky jsem chtěla to, aby ty matky šly pod nějaký dohled, třeba kojeneckého ústavu s dítětem. A to byl někdy problém. Že třeba někdy neměli místo, a kam půjde pak s tím dítětem ... si myslím, vždycky by se mělo prvorodičce, pokud to není nějaká těžká narkomanka, ale i ta by měla mít šanci, pokud je ochotná se léčit. Dřív se ta šance tý matce tak nedávala, jako teďka.“*

Účastnice rozhovoru uvedla, že spolupráce s MSPV byla těsně po revoluci mnohem lepší, než je v dnešní době. *„MPSV s námi spolupracovalo, když jsem byla v Asociaci ještě jako člen, nebo teda členka výboru, tak když jsme je pozvali, tak ano, to tam přišli na semináře a měli tam přednášky a s nimi se mi dobře komunikovalo. A že kdybych něco nutně potřebovala, že jsem potřebovala třeba u utajeného porodu, nebo třeba takový ty zvláštně domluvený adopce, tak tam teda ta spolupráce byla.“*

Spolupráce s magistráty bývala v minulosti častější. *„S magistrátem jsem spolupracovala kdysi dávno, velmi často, protože dřív ty adopce, vždycky jsem ty žadatele o to osvojení posílal magistrát. Prostě sem vždycky přišla paní z magistrátu a tady to s tou matkou všechno sepisovala.“* Na magistrát se obracela v případech utajeného porodu, kdy chtěla zjistit více informací k postupu. Nyní spolupráce mezi sociálně-zdravotním pracovníkem a kraji\magistráty neprobíhá tak často, s těmito subjekty dále spolupracuje OSPOD.

## 7. Diskuze

V této kapitole rozeberu výsledky mého výzkumu a zasadím je do kontextu dnešní doby. Zároveň tyto výsledky porovnáám s autory, kteří se tímto tématem zabývají. Jak jsem již napsala v kapitole č. 3 *Dosavadní výzkumy*, nenašla jsem žádnou závěrečnou práci či výzkum, který by měl totožné téma s mým tématem. Výsledky tedy budu porovnávat s částmi jednotlivých výzkumů. Také se v této kapitole budu věnovat tématům a některým výsledkům výzkumu, které mě překvapili a které si zaslouží pozornost z více úhlů.

V průběhu přípravy praktické části vyvstaly k tématu jisté **otázky a předpoklady**, některé jsou již zmíněny v kapitole 4.4. *Předpoklady výzkumu*. První dva předpoklady nebyly vzhledem k výzkumu zcela relevantní pro metodologickou část práce. Proto si je dovolím zmínit aspoň zde, v diskuzní části. Na některé předpoklady se ve výzkumu podařilo odpovědět.

1) V čem se liší spolupráce v nemocnicích? Je možné, že v některých oblastech jsou děti svěřovány do ústavní péče častěji než do pěstounské péče? Má dětské centrum v blízkosti nemocnice vliv na častější svěřování dítěte do ústavní péče (např. dětské centrum ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze)? Odpovědi respondentů byly ve výzkumu velmi podobné, nebylo tedy možno na tyto otázky zjistit odpověď tak, aby bylo možno odpovědi generalizovat.

2) Je spolupráce závislá na vlastnostech sociálních pracovníků? Má vzdělání a zkušenosti vliv na komunikaci mezi subjekty? Někdy mívají větší nasazení mladší pracovníci, protože nebyvají tak vyhořelí. Zároveň je ale pravděpodobné, že sociální pracovníci s delší praxí mají větší zkušenosti. Z odpovědí respondentů nebylo možno na tuto otázku přinést odpověď.

3) Předpokladem, na který se podařilo najít ve výzkumu odpověď byl - Jak sociální práce vypadá v porovnání s dospělými? Existuje podobný přístup u dětí jako u dospělých? Jakmile není potřeba zdravotnického dohledu a ošetřování, je potřeba najít vhodné místo. Tato otázka byla zodpovězena v podkapitole 6.12. (Délka hospitalizace)

4) Jedním z dalších předpokladů bylo, že sociální pracovníci zajišťující náhradní rodinnou péči jsou v nemocnici převážně **ženy**. Tento předpoklad byl potvrzen. Myslím si, že tato skutečnost souvisí s faktem, že vstup na porodnické oddělení mají muži omezený. V

pražské nemocnici jsem se setkala s omezením, kdy muži nemohou vstoupit do určité části porodnice, jelikož se zde nacházejí kojící ženy. Ve stejné části nacházejí i novorozenci v inkubátorech a ošetřující lékař. Jakkoliv se to může zdát diskriminační, přítomnost muže na tomto oddělení (ať už jde o jakéhokoliv zaměstnance) vzbuzovala jistou nekomfortnost. V případech, kdy si osvojitelé přebírali novorozence, sociální pracovníce s lékařkou svěřovala dítě do péče osvojitelky (např. osvojitelka si sama dítě převlékla) a osvojitel se soudním vykonavatelem zůstali v části přístupné pro návštěvy.

5) **Délka hospitalizace** - Potvrzen byl předpoklad, že překlad novorozence do ústavního zařízení či jeho svěření do péče osvojitelům a pěstounům je velmi závislý na čase. U novorozenců je velmi podobný tlak na lůžka, jako u dospělých pacientů. Jde o akutní lůžka a vyřešení jeho sociální situace je stejně neodkladné, jako u dospělých pacientů a seniorů.

Tento předpoklad byl potvrzen během osobního rozhovoru se sociální pracovnící v nemocnici v souvislosti s rychlostí sociálního šetření ze strany OSPODu: *„Ty maj prostě pořád pocit, že dítě je zabezpečený, takže může bejt v nemocnici bůhví jak dlouho. Takže já vždycky upozorňuju že né, že tady je na akutním lůžku dítě a že potřebuju, aby se to rychle brzy řešilo. OSPOD má na všechno dost času. Protože dítě je zajištěný, dítě je tady v postýlce, tak je na všechno dost času, ale neuvědomujou si teda, nemocnice není sociální zařízení. Já mám pocit, že maj dost času. Dítě tady má bejt 4 dny, vždycky ten den jim napíšu, kdy to já dostanu nahlášený .. tak dobře když je to teda v pátek večer, tak se to dozvim v pondělí, takže hned to v pondělí prostě píšu a hned chci, aby se to řešilo. Samozřejmě i tu hospitalizaci můžeme prodloužit, ale když se narodí dítě v pondělí ráno, tak vím, že ve čtvrtek, v pátek by mohlo být propuštěno. A občas se to prostě protáhne díky úřadu.“*

Tento předpoklad potvrzují i odpovědi dvou respondentek: *„(1) V nemocnici musíme reagovat okamžitě - má to souvislost s vyřešením situace klienta, a to se váže na uvolnění "lůžka" dalším pacientům, zejména v této náročné době. (2) Pracuji v porodnici, tudíž od okamžiku nahlášení případu lékařem do možného propuštění novorozence do domácí péče máme často pouhých 48 hodin.“*

Prodloužení hospitalizace může nastat pouze v případech, kdy je zdravotní stav novorozence nevyhovující a potřebuje zdravotní péči. Dle sociálně-zdravotní pracovníce v pražské nemocnici: *„Já vždycky píšu, kdy tak asi by dítě mohlo být propuštěný. Ale samozřejmě záleží na jeho zdravotním stavu. V pondělí můžu říct, že dítě by mohlo bejt ve čtvrtek propuštěný a budou tam abstinenční příznaky, a může se to všechno měnit. Může se tam potom dávat opiová tinktura, která se taky dává tři týdny. Pak se to prodloužit může. Mám*

*na to čas, třeba když jsou děti nedonošený, matka porodí třeba ve 35 týdnu, tak tam se to samozřejmě může prodloužit, tam na to mají času dost.“*

6) Hlavním předpokladem bylo, že **typ rodičky má vliv na množství komunikace** mezi sociálně-zdravotními pracovníky a úřady - proto je u nich sociální šetření prováděno častěji. Z výzkumu jsem zjistila, že některé přisuzované charakteristiky rodičky (např. dle vztahu k návykovým látkám apod.) nesou větší predispozici pro nutnost sociálního šetření. Z výzkumu vidíme, že pokud porodí žena závislá na drogách (pokud je to prokázáno), je zde větší pravděpodobnost nutnosti zasáhnout a prověřit situaci oddělením SPOD. Některé skupiny s vyšším společenským postavením (např. herci či zpěváci) mohou užívat drogy, aniž by to přineslo viditelné negativní důsledky. Společnost u těchto osob disponuje vyšší tolerancí k těmto činům. To, že je rodička závislá na návykových látkách neznamená, že ji nutně bude dítě odebráno. Nicméně vzhledem k tomuto výzkumu je zřejmé, že závislosti obecně negativně působí na vztahy a schopnosti zajistit dítěti vhodné podmínky.

Jako velké téma mého výzkumu vnímám **podmínky pro práci** u sociálních pracovníků v nemocnici i na úřadech.

Studie výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (Barvíková, Svobodová a Šťastná) z roku 2010 (at Matoušek a Pazlarová, 2016, s. 64) mapovala pracovní zátěž pracovníků OSPOD. Uváděli následovné problémy během činnosti SPOD: *„Při počtu tři pracovníků nastává problém se zastupitelností za běžných podmínek, jako je dovolená, účast na soudu, při výslechu mladistvých na policii, šetření v terénu, návštěva u lékaře a zejména v úřední dny.“* Dále zmiňují narůstající administrativu, zatímco počet pracovníků zůstává stejný a nedostatek času na prevenci. Problém vidí i v nedostatku vybavení, hlavně počítačů a aut.

Matoušek a Pazlarová (2016) uvádějí možné systémové bariéry, v poskytování kvalitnější sociální péče či bariéry podporující dobrou spolupráci mezi subjekty. Takovou bariérou je dle jejich zkušeností nedostatek času na všechny případy a administrativní zatížení. Další překážkou může být nedostatek zpětné vazby rodin. Tato skutečnost se v mém výzkumu také potvrdila. Dle mého pozorování může spolupráci ovlivnit i nejednotné metodiky, jelikož každá nemocnice může mít své vlastní postupy a rozsah kompetencí.

V návaznosti na předchozí odstavec mě tedy velmi zaujaly výpovědi respondentů, co se týče rychlosti sociálního šetření a dostatku času pracovníků OSPOD na všechny případy (viz. Kapitola 6.3. Hodnocení spolupráce, otázka č. 4 - Co na spolupráci s OSPODy funguje a nefunguje). Většina respondentů uvedla, že rychlost sociálního šetření je velmi dobrá, zároveň



jako nejhorší uvedli kategorii dostatku času na případ. Z výpovědí vidíme, že sociálně-zdravotní pracovníci jsou si vědomi toho, že pracovníci OSPODu mají dost práce a na množství kompetencí a aktivit nemají dostatečné personální zajištění. To ale pravděpodobně není dostatečnou výmluvou pro to, aby rychlost sociálního šetření byla mnohdy nedostatečná.

Výzkumný ústav bezpečnosti práce (2017) uvádí ve své metodice řízení práce vykonávané formou **home-office**, že: „*Zákoník práce (Zákon č. 262/2006 Sb. pozn. autorky) dovoluje výkon práce i na jiných domluvených místech. Home-office nemůže zaměstnanci zaměstnavatel nařídit, tato skutečnost se může upravit dodatkem k pracovní smlouvě. Zaměstnanci náleží 100% mzdy, i když nevykazuje stejné množství odvedené práce, jelikož jde o překážku na straně zaměstnavatele. Práci lze kombinovat způsobem střídání home-office a prací na pracovišti.*“

S tímto tématem souvisí i analýza ApuTime a DAP Services (Höfferová, 2021), která uvádí, že produktivita během práce z domova velmi klesá, zároveň klesá i motivace k práci (o 6,5%). Ochota spolupráce dle jejich výzkumu klesla o 4%. Dále uvádějí, že motivace k práci klesá především tím, že je člověk doma bez kontaktu s kolegy, je snižena přirozená soutěživost a chybí kontrola ze strany vedoucího.

Je tedy otázkou, jak vhodná je práce z domova, pokud jde o tak důležitou oblast jako je sociální ochrana dětí, kde je kontakt nezastupitelný. Většina respondentů uvedla, že délka sociálního šetření se s epidemií prodloužila a i z vlastního pozorování je velmi složité se na úřady (např. úřad práce) dovolat. Pokud je v adresáři uvedeno více kontaktů, daná záležitost se řeší s tím, komu se dovoláte. Je toto vhodný přístup státní správy?

Během pozorování jsem si všimla **dalších témat**, která by bylo pro tuto diskuzní část vhodná zmínit. Jedním z témat, které je možno vnímat z dvou různých úhlů, je **věk rodičky**. V teoretické části píší o nezletilých, v praktické části se dovolím zmínit i o rodičkách po 40 roku. U těchto rodiček je bohužel větší pravděpodobnost toho, že se dítě narodí s postižením různých forem a rozsahů. Nicméně výsledky výzkumu ukazují, že sociální pracovníci nemusí často řešit problémy spojené se zdravotním postižením novorozence a nemusí tak ani spolupracovat s organizacemi rané péče.

Nemocnice, které nevyužívají kompetence sociálního pracovníka a spolupráci s OSPODy řeší sami, dle mého názoru přicházejí o velmi cenného člena multidisciplinárního

týmu. Sociální pracovník příslušný dané nemocnici má tu výhodu, že může provést sociální šetření bez zbytečné ztráty drahocenného času (pokud nejde zrovna o mimopracovní dobu). Dítě tedy může jít do náhradní rodinné péče rychleji, což je na vývoji dítěte znát. Matky, pokud nemají v plánu převzít dítě do péče, mohou brzy z nemocnice odejít. S velkou pravděpodobností se v některých případech stává, že než na oddělení dorazí pracovník OSPODu, matka již v nemocnici není a tím je ztraceno velmi velké množství užitečných informací. Pokud dítěti není přiděleno jméno, proces se tak může ještě více prodloužit.

Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci se s **utajenými porody** setkávají velmi málo. Rodička je přijata pod svým jménem proto, aby mohl být porod jako výkon proplacen pojišťovnou. Informace předávané OSPODu pro účely osvojení jsou bez faktických údajů o matce, zapisuje se pouze to, jak matka vypadala, jaké má zaměstnání atd. Pokud tedy tyto informace uvede. Ovšem jsou i případy, kdy není zcela možné těhotenství ženy utajit, zvláště pokud pochází z menšího města či úzké komunity. V potaz je nutné vzít i lidský faktor. Lidé mezi sebou informace sdílejí a velmi často se najde osoba, která rodičku nějakým způsobem zná, nebo zná její příbuzné či přátelé. Z pozorování vnímám, že koncept utajení porodu je celkově velmi delikátní záležitostí.

**Limity práce** - většina zdravotnických zařízení a nemocnic se v průběhu sepsání práce muselo starat o zvýšený počet hospitalizovaných pacientů. Některá oddělení se přeměnila na transformační lůžka a tato situace mohla ovlivnit jak chod porodnického oddělení, tak oddělení sociálního. Z tohoto důvodu bylo nemožné provést více rozhovorů a rozebrat některé problémy do hloubky. S tímto limitem souvisí i počet sociálních pracovníků, kteří na dotazník odpověděli. Nicméně, vzhledem k nízkému počtu sociálních pracovníků, kteří se touto agendou zabývají, mi počet odpovědí přijde dostatečný.

Nouzový stav nemusí být pouze limitem práce, data výzkumu mohou sloužit jako podklad pro nadcházející nouzové stavy. Nemusí jít jen o nouzové stavy vyvolané nemocemi, mohou to být i stavy ohrožení státu válkou či přírodní katastrofou.

## Závěr

Tato diplomová práce se věnuje spolupráci sociálně-zdravotního pracovníka v nemocnici se státní správou a OSPODy při řešení náhradní rodinné péče.

V první části byly vysvětleny teoretické podklady, které sloužily jako opora pro výzkumné předpoklady.

V druhé části byl proveden kvantitativní výzkum skrze dotazník. Výzkumu se zúčastnilo 25 respondentů, z toho s jednou respondentkou byl proveden osobní rozhovor.

Výsledky ukázaly, že sociální pracovníci nejčastěji spolupracují s oddělením sociálně právní ochrany dětí, dále s úřady práce. Hlavní předpoklad této práce byl tedy potvrzen, sociální pracovníci nejčastěji spolupracují s odděleními sociálně-právní ochrany dětí. Velká část výzkumu byla založena právě na tomto předpokladu, proto byla hodnocena hlavně spolupráce s OSPOD. Sociálně-zdravotní pracovníci uvedli, že jsou spíše spokojeni se spoluprací a komunikací. V otevřených otázkách ovšem uváděli oblasti, kde by spolupráce mohla být lepší. Mnoho z těchto problematických oblastí pochází z problémů systematických, jejich náprava a zlepšení tedy není jednoduchou a krátkodobou záležitostí. Dále byl zkoumán proces spolupráce a technické zajištění. Proces spolupráce byl velmi podobný napříč republikou, proto byl rozdělen do kategorií dle společných rysů.

Část výzkumu byla věnována i rodičkám. Rodičky jsem rozdělila do kategorií podle společných znaků. Zkoumala jsem, zdali přiřazená charakteristika rodičky může ovlivnit množství spolupráce se státní správou. Zjistila jsem, že u některých rodiček je sociální intervence pravděpodobnější. Postup poskytované sociální péče se nemění, proces zajišťování náhradní rodinné péče je u všech rodiček stejný. Komunikace s orgány státní správy se také neliší, spolupráce je zde se stejnými subjekty. Nástrojem pro toto zjištění byla otázka, u jakého typu rodiček bývá sociální šetření prováděno nejčastěji a kterým rodičkám bývá dítě odebráno nejčastěji. Nejčastěji bývá sociální šetření poptáváno u rodiček alkoholově či drogově závislých a nezletilých rodičkách. Respondenti uváděli, že nejčastěji je dítě potřeba odebrat u rodiček alkoholově a drogově závislých.

Během analýzy nebyl zaznamenán větší rozdíl v odpovědích z různých krajů. Rozdíly byly zaznamenány samotnými pracovníky podle velikosti města. Ve velkých městech mají OSPODy více klientů a kompetencí, zároveň jsou mnohdy zvyklejší řešit složitější případy a sociální šetření probíhají rychleji.

Výsledky výzkumu byly porovnávány s osobním rozhovorem a doplňovány o data z

tohoto rozhovoru. Údaje z tohoto rozhovoru nelze brát obecně, mnohdy nám ovšem může přinést zajímavý pohled a hloubku u daných odpovědí.

Součástí výzkumu bylo také osobní pozorování na porodnickém oddělení pražské nemocnice. Data z tohoto pozorování jsou také uvedena ve výsledcích výzkumu. Mé osobní poznatky z pozorování jsou subjektivní a tato skutečnost nemusí odpovídat procesům v jiných nemocnicích.

Největším limitem výzkumu byla současná epidemiologická situace nemoci covid-19 a vyhlášený nouzový stav. S touto situací souvisí i vyšší zátěž pro sociální pracovníky nejen v nemocnicích, ale i ve státní správě. Z výzkumu vyplývá, že spolupráce byla ovlivněna touto situací spíše k horšímu a komunikace se stala náročnější.

Výzkum by do budoucna mohl být rozšířen o kvalitativní analýzu, která by lépe rozlišila jednotlivé rozdíly mezi kraji. V mém výzkumu byly rozdíly téměř zanedbatelné. V této práci jsem se věnovala převážně spolupráci se státní správou a veřejnou samosprávou. V budoucnu by proto práce mohla být podkladem pro výzkum či průzkum, se kterými organizacemi (hlavně subjekty ze soukromoprávního sektoru) sociálně-zdravotní pracovník nejčastěji spolupracuje při řešení NRP. Rozšířením práce by mohlo být srovnání s nemocnicemi v jiných státech, jak tento proces probíhá u nich.

# Seznam použité literatury

## 1. Tištěné zdroje

BEDER, Joan. *Hospital social work: the interface of medicine and caring*. New York, Routledge, 2006. ISBN 0-415-95067-8.

ČERNÍKOVÁ, Vlastislava a spol. *Prekriminalita dětí a kriminalita mladistvých, kterým byla uložena ochranná opatření*. Policejní akademie ČR, Praha 2002. MVČR RN 1999 2001 006.

DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada publishing, Praha, 1995. ISBN 80-7169-192-5

DRLÍKOVÁ, Dagmar. *Intervence sociálních pracovníků OSPOD v rámci pracovní pohotovosti*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií, Brno, 2020. Vedoucí práce: OTAVA, Ladislav. Dostupné také on-line: [https://is.muni.cz/th/q3fuz/zaverecna\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/q3fuz/zaverecna_prace.pdf)

DVOŘÁČKOVÁ, Barbora. *Polupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi*. Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. Vedoucí práce: VAŠKO, Michaela. Dostupné on-line z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37421/dvo%20%C3%A1%20kov%C3%A1\\_2016\\_dp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37421/dvo%20%C3%A1%20kov%C3%A1_2016_dp.pdf?sequence=1)

FERJENČÍK, Jan. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha, Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6

KONEČNÁ, Hana et al. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv? Průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí*. Praha, Mladá fronta a.s., 2017. ISBN 978-80-204-4652-7

KOVAŘÍKOVÁ, Lada. *Role zdravotně sociálního pracovníka na gynekologicko-porodnickém oddělení*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, bakalářská práce, 2015. Vedoucí práce: VAŠKO, Michaela. Dostupné i on-line z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31797/kova%c5%99%c3%adkov%c3%a1\\_2015\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31797/kova%c5%99%c3%adkov%c3%a1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

KUBALOVÁ, Jana. *Přijímání dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. Vedoucí práce: ŠLECHTOVÁ, Hana. Také dostupné z: [https://theses.cz/id/fcpr7g/Kubalov-Pijmn\\_dtte\\_do\\_pstounsk\\_pe\\_na\\_pechodnou\\_dobu.pdf](https://theses.cz/id/fcpr7g/Kubalov-Pijmn_dtte_do_pstounsk_pe_na_pechodnou_dobu.pdf)

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Grada Publishing, a.s., Praha, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1

- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vydání třetí. Portál, s.r.o. Praha, 2007. ISBN 978-80-262-0211-0
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin*. Portál, s.r.o., Praha, 2005, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
- MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny. v kontextu plánování péče*. Praha, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8
- MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: Dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3336-7
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Sociologické nakladatelství, Praha, 1993. ISBN 80-901424-7-8
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978- 80-2471-362-5
- MPSV. Sešit sociální práce: sociální práce ve zdravotnictví. 6\2019. ISBN 978-80-7421-184-3  
Dostupné z:  
<https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+pr%C3%A1ce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7b-f5de78e4a430>
- NOVOTNÁ, Věra, BURDOVÁ, Eva, JURKOVÁ-RIEDLOVÁ Jana. *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí s komentářem*. Nakladatelství ANAG, 1. vydání, 2014. ISBN 978-80-7263-914-4
- PRESLOVÁ, Ilona, MAXOVÁ, Veronika. *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference. SANANIM, Praha, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5
- STEJSKAL, Cyril. *Rozvoj péče o mládež v Čechách do okupace*. Plzeň: Krajský pedagogický ústav, 1969.
- Středisko náhradní rodinné péče. Adopce.com - Průvodce náhradní rodinnou péčí. 3. vydání, Praha, 2007.
- SVOBODOVÁ, Nikola. *Role sociálního pracovníka v nemocnici*. Praha, 2017. Diplomová práce. Filozofická fakulta, Univerzita Karlova. Vedoucí práce TOMEŠ, Igor.
- ŠMEJKALOVÁ, Lucie. *Ohlédnutí do historie sociální práce s dětmi a rodinou*. Fórum sociální práce 2010\2. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2010. ISSN 1804-3070
- TOMEŠ, Igor a kol. *Sociální správa: Úvod do teorie a praxe*. Portál, 2. vydání, 2009. 978-80-7367-483-0
- TRÁVNÍČKOVÁ, Jana. *Možnosti spolupráce multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení při řešení specifického zanedbání péče o dítě*. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, 2009. Vedoucí práce: NAVRÁTIL, Pavel. Dostupné také z:  
[https://is.muni.cz/th/fl1dht/Travnickova\\_Jana\\_-\\_diplomova\\_prace\\_-\\_format\\_pdf.pdf](https://is.muni.cz/th/fl1dht/Travnickova_Jana_-_diplomova_prace_-_format_pdf.pdf)

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči*. Středisko NRP, s.r.o., 2012. ISBN 978-80-87455-14-2

Velký sociologický slovník. Vydání 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5

## **2. Internetové zdroje**

MARTENS, Anna. DELUCIA, Michael, LEYENAAR, JoAnna K. a kol. *Foster Caregiver Experience of Pediatric Hospital-to-Home Transitions: A Qualitative Analysis*. Academic Pediatric Association, 2017. (Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=efa99442-f385-438a-aad2-beaaef1a65bd%40sessionmgr4007&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRlPWVkey1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=S1876285918304054&db=edselp>)

Výzkumný ústav bezpečnosti práce (VÚBP). *Metodika řízení práce prováděné formou home office*. Praha, 2017. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/650267/Rizeni\\_prace\\_provadene\\_formou\\_home\\_office.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/650267/Rizeni_prace_provadene_formou_home_office.pdf)

HÖFFEROVÁ, Markéta. Analýza: *Jak se pracuje lidem na home office? Lidem dlouhodobě pracujícím z domova dramaticky klesá motivace a produktivita*. Článek, publikováno 8.4.2021. [online] Dostupné z: <https://www.kurzy.cz/zpravy/587370-analyza-jak-se-pracuje-lidem-na-home-office-lidem-dlouhodobě-pracujícím-z-domova-dramaticky-klesá/>

## **3. Legislativní dokumenty**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí

Zákon č. 96/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

Zákon č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník

Zákon č. 2/1969 Sb., zákon České národní rady o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČSR

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR

Zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Zákon č. 422/2004 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů

Vyhláška č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o SPOD

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků



# Seznam zkratek

CAN – (child abuse and neglect) Týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte

DC – Dětské centrum

DD – Dětský domov

IDAM – Infant of drug-abusing mother

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NAS – Neonatal narcotic abstinence syndrome

NRP – Náhradní rodinná péče

OSPOD – Odbor sociálně-právní ochrany dětí

PČR – Policie České Republiky

PO – Předběžné opatření

PPNPD – Pěstounská péče na přechodnou dobu

SPOD – Sociálně-právní ochrana dětí

ZDVOP – Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

# Seznam grafů

- 1) Graf č. 1 Četnost spolupráce sociálního pracovníka se státní správou
- 2) Graf č. 2 Hodnocení spolupráce s OSDPODy před nouzovým stavem
- 3) Graf č. 3 Hodnocení spolupráce s OSDPODy během nouzového stavu
- 4) Graf č. 4 Co na spolupráci funguje a nefunguje
- 5) Graf č. 5 Popis činností sociálního pracovníka
- 6) Graf č. 6 Využívání techniky v komunikaci
- 7) Graf č. 7 Pracovní zázemí sociálních pracovníků
- 8) Graf č. 8 Administrativní zátěž
- 9) Graf č. 9 Srozumitelnost administrativních úkonů
- 10) Graf č. 10 Sociální šetření u rodiček
- 11) Graf č. 11 Typ rodičky svěřující své dítě k adopce
- 12) Graf č. 12 Odebrání dítěte dle typu rodičky
- 13) Graf č. 13 Délka praxe respondentů
- 14) Graf č. 14 Pohlaví respondentů
- 15) Graf č. 15 Vzdělání respondentů

# Obsah přílohy

- 1) Příloha část 1. - Dotazník
- 2) Příloha část 2. - Přepis rozhovoru